

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE 1964 - N° 674

Fistules iléo-coliques

survenant au cours des cancers du côlon

A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS PERSONNELLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Section de Médecine

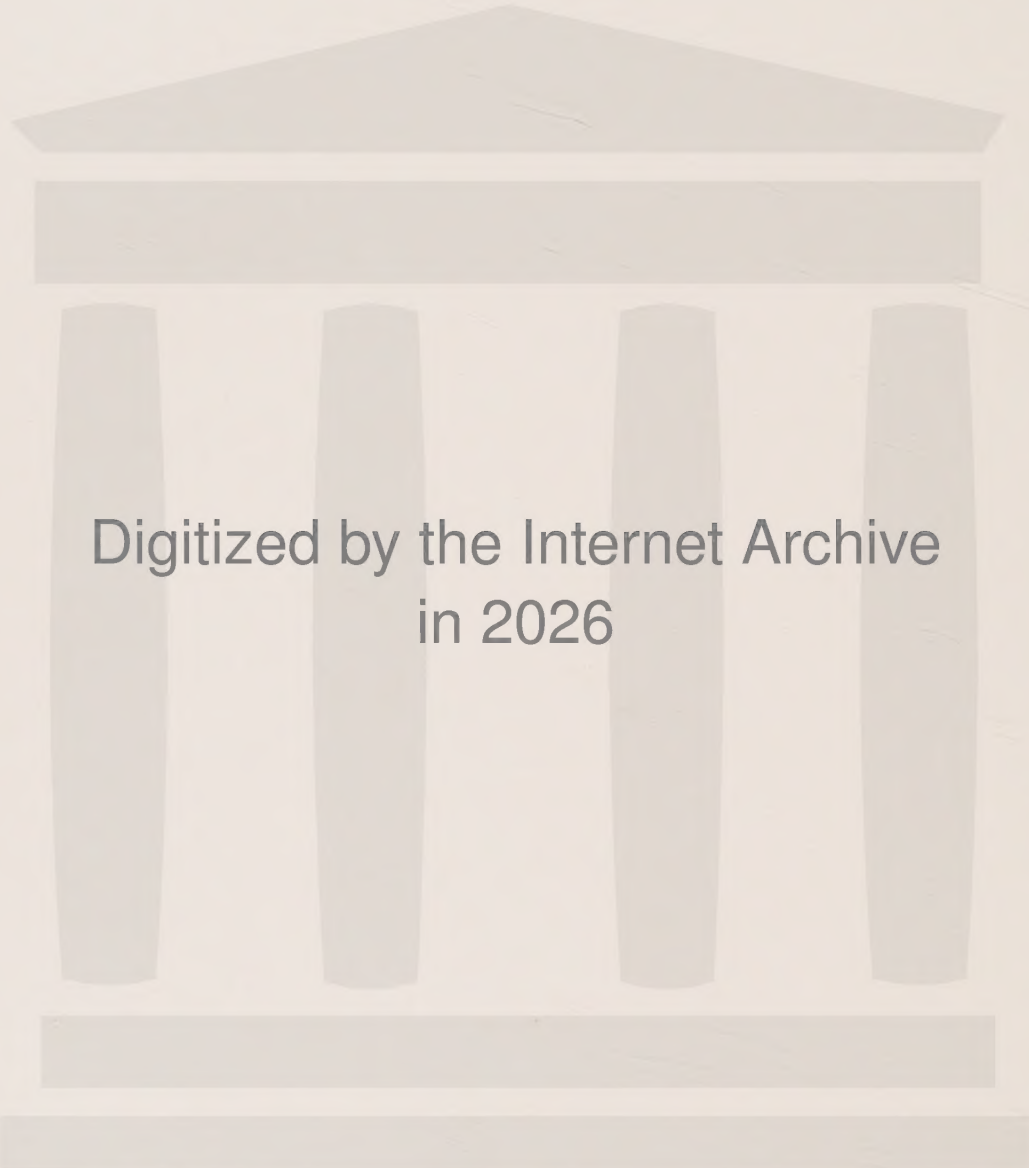
*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT
LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON*

LE 31 OCTOBRE 1964 à 8 h. 30

par

KANDA Evariste

Né le 7 Octobre 1932 à Inongo (Congo-Léopoldville)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554209_0043

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE 1964 - N° 674

Fistules iléo-coliques

survenant au cours des cancers du côlon

A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS PERSONNELLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Section de Médecine

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT
LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON*

LE 31 OCTOBRE 1964 à 8 h. 30

par

KANDA Evariste

Né le 7 Octobre 1932 à Inongo (Congo-Léopoldville)

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

- M. LEPINE J. : Membre de l'Institut.
M. HERMANN H. : Correspondant de l'Institut.

Doyen : J.-F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS,
GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

Professeurs

MM. CIBERT	Clinique urologique.
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique.
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.

MM. REVOL
POLLOSSON
PIGEAUD
BOURRET
LEVRAT
SOHIER
NETIEN
BERTRAND
BADINAND
DREVON
ROCHE
COUDERT
MOUNIER-KUHN

PAUFIQUE
THIERS

BRUN
CREYSSEL

DARGENT
GUICHARD
GIRARD Paul
LATARJET
PEYCELON
GIRARD Marcel
VACHON
GALY
PAPILLON
JEUNE
GONIN

MONNET
BANSSILLON
CHATONNET
GUINET
TRILLAT
FREIDEL
MARION Joseph

DORCHE
DUMONT Louis

Pharmacie galénique.
Clinique gynécologique.
Clinique obstétricale.
Médecine du travail.
Clinique médicale A.
Hygiène et action sanitaire et sociale.
Botanique et cryptogamie.
Clinique chirurgicale C.
Chimie analytique pharmaceutique.
Pharmacie chimique et pharmacologie.
Médecine légale et déontologie.
Parasitologie et pathologie exotique.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie.
Clinique ophtalmologique.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie.
Clinique de pneumo-phtisiologie.
Chaire de clinique chirurgicale orthopédique et traumatologie.
Clinique carcinologique.
Anatomie pathologique.
Pathologie générale et expérimentale.
Anatomie.
Pathologie chirurgicale.
Thérapeutique.
Pathologie médicale.
Physio-pathologie des voies respiratoires.
Radiologie.
Clinique des maladies infectieuses.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
Bactériologie.
Physiologie et pathologie obstétricales.
Physiologie B.
Clinique endocrinologique.
Clinique de chirurgie orthopédique.
Clinique stomatologique.
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.
Matière médicale et législation pharmaceutique.
Histologie et embryologie.

MM. PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A.
PERRIN Jean	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque.
X.....	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
X.....	Biologie médicale et pharmacodynamie.

Professeurs à titre personnel

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine.
BERTOYE	Bactériologie.
MANSUY	Neuro-Chirurgie.
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique.
SARROUY	Clinique de pédiatrie.
LACROIX	Hygiène et clinique des maladies des pays chauds
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique.
LECUIRE	Neuro-chirurgie.
REVOL	Médecine générale.
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale.
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie.

Professeurs sans chaire

MM. ROMAN	Parasitologie.
FEROLDI	Anatomie pathologique.
MORET	Physique biologique.

Maîtres de conférences agrégés titulaires

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique.
THIVOLET	Hygiène.
GARIN	Parasitologie.
PINET	Electro-radiologie.
ODDOUX	Botanique et cryptogamie.
de SOLLIERS	Chimie analytique.
TOLOT	Médecine du travail.
DESPIERRES	Médecine générale.
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie.

MM. DESCOTES	Chirurgie générale.
JOUVET	Pathologie expérimentale.
PEYRIN	Physique biologique.
TOMMASI	Anatomie pathologique.
BUFFARD	Electro-radiologie.
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique.
de MOURGUES F.	Stomatologie.
NAUSSAC	Maladies infectieuses.
REBOUILLAT	Chirurgie générale.
ROMAGNY	Pédiatrie.
DELAHAYE J. P.	Médecine générale.
DELEUZE	Anesthésiologie.
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique.
MICHEL	Anesthésiologie.
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture.
MICHOULIER	Chirurgie générale.
COLOMB	Dermatologie.
LAMBERT	Médecine générale.
FRIES	Médecine générale.
GILLY	Pédiatrie.

Maîtres de conférences agrégés stagiaires

MM. DUROUX	Anatomie.
BRETTE	Thérapeutique.
BOUCHET	Anatomie.
FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et embryologie.
GRAS	Chimie biologique.
MALLEIN	Chimie analytique.
RIFFAT	Hygiène.
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie.

Agrégés en exercice

MM. BURTHIAULT	Obstétrique.
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie.
GUILLEMIN	Chirurgie générale.
JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie générale.

MM. MARION Pierre
PLAUCHU
PONT
SAUTOT
TRAEGER
VIGNON
BONAMOUR
COLIN
de MOURGUES Georges
DEVIC
DUMONT Martial
DURAND
FRANCILLON
SAUBIER
SCHOTT
ALLEGRE
CHASSARD
FAYSSE
GAILLARD
GARDE
HUGONNIER
KALB
LARBRE
MARET
MORNEX
NORMAND
PERRIN André
BETHENOD
DUMAS
GARMIER
NOEL
ROBERT
SCHNEPP

Chirurgie générale.
Médecine générale.
Médecine générale.
Chirurgie générale.
Médecine générale.
Médecine générale.
Ophtalmologie.
Médecine légale.
Chirurgie générale.
Médecine générale.
Obstétrique.
Urologie.
Chirurgie générale.
Chirurgie générale.
Neuro-psychiatrie.
Neuro-chirurgie.
Electro-radiologie.
Orthopédie.
Oto-rhino-laryngologie.
Médecine générale.
Ophtalmologie.
Pneumo-phtisiologie.
Médecine générale.
Chirurgie générale.
Médecine générale.
Médecine générale.
Médecine générale.
Pédiatrie et puériculture.
Stomatologie.
Obstétrique.
Médecine générale.
Médecine générale.
Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. BERTRAND
VACHON
PLAUCHU
GUILLEMIN

A MON PERE Séraphin KANDA

(in mémoriam)

A MA MERE

En témoignage de mon affection et en reconnaissance de tout ce que je lui dois.

A MON EPOUSE

Elle a partagé avec moi les peines de ma vie estudiantine en France. Son soutien moral m'a beaucoup réconforté.

A MES ENFANTS

(Marie-Louise

(Eugénie-Mélanie

(Thérèse-Jeanne

(Françoise-Jacqueline

Avec toute ma tendresse et mon affection.

A MA SOEUR Madeleine KANDA

(in mémoriam)

A MES FRERES Honoré, Louis, Paul, Emile, Albert

Leur amour et conseils m'ont été précieux.

A MES BEAUX-PARENTS, ET A MA BELLE-SOEUR

Mes remerciements et meilleurs souvenirs.

A MES COMPATRIOTES ETUDIANTS A LYON

Ils ont su créer une ambiance qui nous a empêché de nous sentir dépaysés.

A TOUS MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur P. BERTRAND

(Professeur de clinique chirurgicale)

Nous le remercions de tout notre coeur d'avoir accepté la présidence de notre jury.

Nous le prions de vouloir agréer nos hommages et nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur VACHON

(Professeur de pathologie médicale)

Pour le grand honneur qu'il nous accorde de faire partie de notre jury.

Nous avons pu apprécier à la Faculté la précision de son enseignement.

Nous sommes heureux qu'il ait accepté d'être notre juge.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance dévouée.

Monsieur le Professeur Agrégé PLAUCHU

Nous sommes très sensibles à l'honneur qu'il nous fait en acceptant de nous juger, bien que n'ayant pas effectué un stage dans son service.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et notre admiration.

Monsieur le Professeur Agrégé G. GUILLEMIN

Nous avons eu l'honneur de commencer notre stage de sixième année dans son service.

Il nous a conquis par son hospitalité et son bon sens.

Nous nous souviendrons toujours des conseils et de l'enseignement qu'il nous a prodigués.

Nous le remercions d'avoir voulu nous confier le sujet de cette thèse et de s'être particulièrement intéressé à nous.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre respectueux attachement.

A TOUS LES DIRIGEANTS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Nous les remercions sincèrement de s'être penchés sur le sort de notre Pays alors qu'il était plongé dans le chaos.

A MM. LE MEDECIN-GENERAL J. GALIACY
ET LE PROFESSEUR AGREGÉ THIVOLET

Avec notre profonde gratitude pour les services éminents qu'ils nous ont rendus.

A MADAME BERGER

Secrétaire générale du Centre d'Accueil
aux Etudiants étrangers.

En reconnaissance de l'aide combien estimable qu'elle nous a apportée.

A MONSIEUR G. BRAILLON

Il a bien voulu, malgré ses multiples occupations, nous aider à réaliser ce travail.
Nous l'assurons de notre gratitude.

A Madame et Monsieur LEBERT

(59 Cours de la République à Villeurbanne)

Pour l'accueil chaleureux dont nous avons été l'objet en arrivant à Lyon.

Ils nous ont traité non comme des locataires, mais plutôt en tant que des êtres chers.

Nous n'oublierons jamais le dévouement et l'aide qu'ils nous ont apportée en diverses circonstances.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de nos remerciements infinis.

A Monsieur le Docteur Pierre BONNIER

(Chirurgien à l'hôpital-hospice de Nantua(Ain))

En travaillant avec ce jeune chirurgien doué et plein de bon sens, on a l'impression d'être à côté d'un frère bien aimé.

Nous le remercions de tout ce qu'il nous a appris durant notre séjour à Nantua.

A tout le Personnel de l'hôpital-hospice de NANTUA (Ain)

En souvenir de nombreux mois passés dans cet établissement comme stagiaire interné.

AVANT-PROPOS

L'évolution locale des cancers coliques est la résultante de processus d'accroissement, d'ulcération et d'infiltration propres à toute tumeur maligne, associés aux phénomènes adhérentiels de la séreuse péritonéale. L'ensemble de ces phénomènes peut aboutir à la communication de la lumière colique avec les cavités des autres viscères creux de l'abdomen.

La formation de fistules spontanées avec ces différents viscères est connue de longue date. Les plus couramment rapportées intéressent les communications colovésicales, sans doute les plus fréquemment diagnostiquées en raison de l'aspect clinique caractéristique qu'elles revêtent. Les fistules colo-coliques sont plus rares et ce sont sans doute les plus discrètes sur le plan clinique et radiologique.

La communication colo-duodénale a fait l'objet de travaux récents assez nombreux qui ont montré les grandes difficultés de diagnostic dues aux caractères anatomiques bien spéciaux de la portion initiale de l'intestin.

Les fistules iléo-coliques sont également connues et décrites dans la plupart des traités classiques, mais les observations n'en sont pas très fréquemment rapportées.

D'après nos recherches dans la littérature, la première observation semble être celle publiée par SIMON en 1848 dans (Transaction of the pathological society of London). Elle concernait une tumeur sigmoïdienne très importante ayant englobé et fait communiquer la lumière colique avec la vessie en avant, avec le rectum en bas, et avec une anse iléale en haut.

Par la suite CRUVEILHER décrivit les fistules intestinales bi-muqueuses faisant communiquer les lumières de 2 segments intestinaux ; parmi elles il cite la possibilité de fistules iléo-coliques dont CLOQUET rapportait une observation.

La thèse de HAUSMAN (Paris 1882) consacrée au cancer colique en rapportait 2 cas dont un cas de BARTH.

A Lyon LACROSAZ dans sa thèse (1899) inspirée par Auguste POLOSSON rapportait 4 observations de cancer colique ayant englobé 3 anses intestinales, aboutissant à des cloaques où s'ouvraient 6 orifices intestinaux.

Depuis lors un certain nombre d'observations ont été rapportées desquelles ne se dégage pas un tableau anatomo-clinique très précis.

Le Docteur GUILLEMIN à propos de 6 observations personnelles nous a confié ce travail par lequel nous essayons de montrer que ces fistules ont une certaine unité anatomo-clinique.

Nous nous proposons de rapporter d'abord les 6 observations personnelles dont 2 récentes et un certain nombre d'observations de la littérature que leur précision rend utilisable.

Nous verrons ensuite les différents aspects anatomo-cliniques et radiologiques qui permettent de faire de la fistulisation iléo-colique une complication néoplasique parfois prévisible au cours de l'évolution des cancers coliques avant l'exploration chirurgicale.

Nous verrons enfin que cette complication néoplasique ne constitue pas forcément un élément catastrophique de pronostic et que la thérapeutique chirurgicale peut y apporter des résultats satisfaisants.

OBSERVATION N° 1

Monsieur Henri REMSHAGEN

Malade de 36 ans, adressé à l'Hôtel-Dieu par le docteur PLAUCHU pour syndrome occlusif, en juin 1956.

A.P. : Il s'agit d'un sujet marié, ayant un enfant.

Pas d'antécédents particuliers, sauf une appendicectomie il y a 15 ans.

Bonne santé jusqu'au premier juin.

Vers le 3 ou 4 juin, douleurs abdominales avec arrêt total des matières et des gaz durant trois jours.

A l'examen abdominal : On note une cicatrice d'appendicectomie, pas d'ondes péristaltiques ni météorisme, pas de point douloureux ni hernie, le reste de l'examen est négatif.

-Le lavement baryté ne montre aucun rétrécissement, il existe simplement une zone mal visible juste au-dessus de l'angle droit.

-On constate une légère amélioration sous l'influence du traitement. Le malade est vu par le docteur CLAVEL qui évoque la possibilité d'une poussée maintenant résolue d'invagination chronique.

On laisse repartir le sujet le 23/6/1956.

Deuxième séjour : le 2/7/1956

Le malade qui présentait un transit normal après sa sortie de l'hôpital signale depuis 2 jours un arrêt total des matières et des gaz, rebelle aux suppositoires et aux lavements. En outre, il a eu des vomissements la nuit dernière. Par ailleurs amaigrissement et perte de l'appétit depuis sa première crise, en juin.

A l'examen : Abdomen distendu, météorisé, clapotage, mais pas d'ondes péristaltiques. Douleurs à la palpation au niveau de l'angle droit. Foie et rate non perçus. Tous les examens sont négatifs.

-En somme il s'agit d'un syndrome occlusif chez un malade de 36 ans, sans passé digestif (à part une appendicectomie il y a 15 ans).

Le patient passe dans le service du docteur CLAVEL. La recto-sigmoïdoscopie avait été négative.

Devant l'échec des thérapeutiques habituelles, le malade est opéré.

Intervention : le 14/8/56 Dr SAUTOT

Caecostomie et découverte opératoire d'un néoplasme du sigmoïde. La caecostomie fonctionne normalement.

Radiographie : virole sigmoïdienne.

Intervention : le 20/8/56 Dr SAUTOT

On procède à une résection sigmoïdienne avec anastomose termino-terminale (anse sigmoïdienne). Le foie est normal.

Examen de la pièce : virole extrêmement serrée, n'admettant pas la pulpe du petit doigt.

Histologie : musculuse hypertrophiée en amont ; virole en aile de papillon d'aspect encéphaloïde, limitée en amont et en aval par un petit talus hémorragique.

Suites opératoires simples.

Le malade est revu le 30/11/56 par le Dr DALMAS. Son état général est splendide, il se porte bien. Il a gagné 9 kg de poids en deux mois, les selles sont normales et quotidiennes.

-Le lavement baryté montre le passage de la bouillie s'effectuer sans pression. L'injection du transverse se fait normalement. La région sigmoïdienne est bien injectée sauf à l'endroit de la suture, mais il ne semble pas que cet aspect soit anormal.

Le malade est suivi régulièrement en 1956, 57, 58, 59.

Le 18/11/59 il est vu en consultation. Il pèse 89 kg et va très bien ; l'appétit est conservé, aucun trouble du transit, pas de syndrome rectal, mais quelques douleurs très vagues, changeantes dans le bas ventre. Il a présenté une fois un épisode fébrile à 40° avec diarrhée.

Rien à la palpation, toucher rectal négatif.

Troisième séjour : le 14/4/1960

Diarrhée il y a 15 jours, traitée par tifomycine.

Actuellement apparition de rectorragies mélangées aux matières. Pas de douleurs. Mais le 13/4 survenue d'une hémorragie rectale isolée, de quantité moyenne, faite de sang rouge, accompagnée d'une petite selle diarrhéique. Depuis lors aucune hémorragie ne s'est produite et le malade va régulièrement à la selle. Tous les examens sont normaux.

-En somme le malade revient pour une hémorragie intestinale de moyenne importance sans baisse de l'état général, sans signes cliniques notables.

Le lavement baryté (20/4/60) : montre un caecum déformé et en apparence suspect, mais le sujet a eu une caecostomie ; s'agit-il d'une cicatrice en regard de la caecostomie ? (le malade a eu une appendicectomie antérieurement, il ne peut donc s'agir d'un abcès appendiculaire), d'une métastase, ou d'un nouveau néoplasme caecal ?

En tout cas, l'indication opératoire est formelle, le malade passe à la Croix-Rousse dans le service de monsieur le professeur BERTRAND.

Intervention : le 6/5/1960 (Dr GUILLEMIN, de MOURGUES, BOSSER)

Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la région iléo-caecale englobant la dernière anse grêle. Elle a le volume d'un poing d'adulte, tient au plan postérieur.

La caecostomie a laissé une adhérence pariétale parfaitement souple.

On réalise une héli-colectomie droite suivant la technique de TURNBULL, on est obligé de sacrifier les vaisseaux spermatiques qui sont pris dans la masse tumorale. L'uretère est légèrement dilaté.

On rétablit la continuité par une anastomose termino-latérale iléo-transverse au bouton de Villard moyen, renforcée par quelques points de nylon. Drainage abdomino-lombaire. Paroi en un plan, au fil métal.

Examen de la pièce : Il s'agit d'un cancer du caecum avec fistule iléo-caecale.

La valvule de Bauhin est saine et se trouve séparée par un point d'environ 2 cm de l'orifice de la fistule.

Prélèvements : caecum, grêle envahi, ganglions mésentériques.

Suites immédiates : sont simples. A partir du 7^e jour, fièvre à 38-39°, avec diarrhée. Le 25/5/60 : la palpation abdominale et le toucher rectal montrent qu'il existe un gros abcès abdomino-pelvien.

Intervention : le 24/5/60 (Dr GUILLEMIN, de MOURGUES)

On parvient à l'aide du doigt, en passant par la plaie opératoire abdominale, à libérer quelques adhérences très lâches qui permettent de drainer un énorme abcès abdomino-pelvien, dû probablement à un hématome infecté.

Histologie : (Dr PLAUCHU)

Epithélioma glandulaire typique de la muqueuse intestinale infiltrant même les couches musculaires. Le fragment de ganglion prélevé n'est pas envahi ; dans la graisse périganglionnaire on trouve un boyau épithéliomateux net.

Les suites sont simples : le malade sort, cicatrisé, le 28/6/1960.

Revu le 20/3/1962 en excellent état général. Eventration post-opératoire maintenue par un bandage. Gain de poids : 12 kg.

OBSERVATION N° 2

Monsieur Jean CHIPIER

Malade de 56 ans envoyé par le service du Professeur VACHON pour une masse douloureuse plongeant dans le pelvis.

A.P. = R.A.S.

Histoire actuelle :

Début en juillet 1963 par des diarrhées incoercibles fréquentes non calmées par un traitement symptomatique ; non douloureuses, faites de selles verdâtres, survenant très rapidement et accompagnées souvent de ténesme et d'épreintes. De plus un amaigrissement, enfin la découverte d'une masse douloureuse irrégulière par son médecin qui l'envoie chez le Professeur VACHON, où l'on met en évidence un rétentissement rénal et sur le lavement baryté un défilé étendu de 10-15 cm sur le sigmoïde. Un traitement à la caryolysine a été fait.

-Enfin apparition de nausées, vomissements intermittents et d'amaigrissement signant un état de subocclusion.

A l'examen : Malade très amaigri, perte de 18 kg depuis le début, anorexique asthénique. Poumons : ronchus T.A. = 11/6.

Le ventre est souple, mais la palpation est gênée par la présence d'une masse très douloureuse siégeant au niveau de l'hypogastre, un peu à gauche de la ligne médiane et plongeant dans le pelvis. Elle est mal limitée en bas et enfin irrégulière. Pas d'adénopathie superficielle satellite. On constate en plus des signes de subocclusion.

-En somme atteinte dysmitotique siégeant au niveau du sigmoïde dont le rétentissement est double sur le transit et sur le rein.

Intervention 14/9/63 :

Il s'agit d'un très volumineux néoplasme sigmoïdien perforé dans le méso avec abcès postérieur, adhérences à toute la paroi gauche du pelvis. Une anse grêle envahie est fixée sur ce magma.

Libération de la tumeur du pelvis de la vessie. Section du grêle. Exérèse large remontant à la fin du côlon gauche descendant au rectosigmoïde.

Opération de HARTMANN, anus iliaque gauche. Reconstitution du grêle en terminotermine. Péritonisation de droite à gauche, arrêtée sur une lame +une mèche +un drain aspiratif.

Examen de la pièce :

- 1) Volumineux néoplasme perforé dans le grêle.
- 2) Plusieurs polypes dégénérés.
- 3) Envahissement du grêle.

(Dr DUBOIS)

Examen histologique :

Côlon gauche : les deux fragments ont une structure analogue et sont largement envahis par un épithélioma glandulaire végétant de l'intestin. Le stroma est hémorragique, oedémateux et très inflammatoire.

(Dr GILLY)

Suites opératoires : simples.Nouveau séjour 4/2/1964 :

Le malade revient pour anorexie et amaigrissement.

Intervention 22/2/64 :

Il s'agit d'une récurrence pariétale (conséquence des lésions constatées lors de la première intervention). Récurrence diffusant en arrière de la paroi jusqu'au bassin, en regard de la crête iliaque. Le bout inférieur n'est pas en cause.

- Injection de Caryolysine.
- Un drain.

Décès le 26/2/64.

OBSERVATION N° 3

Madame Marie NAPOLY

Malade adressée par le service du Professeur VACHON pour néoplasme du sigmoïde et hospitalisée le 14/1/1959.

A.P. : En mars 1958, apparition de selles filiformes sans constipation, avec plutôt tendance diarrhéique.

Durant l'été de la même année, survenue de sang rouge et de glaires dans les selles. Quelques mois plus tard, c.à.d. en décembre 58, la malade présente un épisode fébrile, avec température aux alentours de 38° et 3 clochers à 39-40°.

Les selles sont d'abord normales, puis présence de selles diarrhéiques sangui-nolentes avec glaires. Pas de phénomènes douloureux.

Par contre la patiente accuse un amaigrissement notable de 16 kg en un an.

Le lavement baryté : montre une image d'arrêt de la partie basse du sigmoïde.

T.R. négatif.

Intervention 21/1/59 :

Incision oblique iliaque gauche avec ligature des vaisseaux épigastriques. On se trouve devant un néoplasme du sigmoïde, adhérent aux annexes gauches, collé sur l'uretère gauche (qui n'est pas encore dilaté) et sur lequel est venue se coller une anse grêle manifestement envahie.

On commence par faire une résection du grêle, puis rétablissement de la continuité au bouton de Villard moyen.

Mobilisation du sigmoïde, on pourrait à l'extrême rigueur tenter un bout à bout (néo à 4 cm au-dessus du Douglas), mais la malade est grasse et a une tumeur infectée. On réalise l'opération de Hartmann.

Un drain-une mèche pelvienne drainent le Douglas au-dessus d'une péritonisation satisfaisante.

Examen de la pièce : fistule iléo-sigmoïdienne grosse comme une tête d'épingle.

(Dr GUILLEMIN - DAUDET - GROZEL)

Histologie 20/1/59 :

Epithélioma glandulaire orthoplasique ulcéré du sigmoïde avec boyaux architecturalement atypiques, fortement chromophiles avec nécrose, mitoses, monstruosités nucléaires.

Ces boyaux envahissent la sous-muqueuse et la musculieuse.

Sur un autre fragment, aspect d'intestin grêle avec muqueuse et musculieuse reconnues et en certains points, lésions exsudatives avec capillaires sanguins distendus, infiltration à lymphoplasmocytes et à polys entremêlés de quelques boyaux épithéliaux pleins, non glandulaires.

Le ganglion lymphatique présente une multiplication des centres clairs germinatifs sans envahissement épithéliomateux.

(Pr GUICHARD)

Suites opératoires :

Très simples.

Ouverture de l'anus au troisième jour. N'a pas encore évacué son bouton.

Nouveau séjour : le 9/11/1959.

Revient pour rétablissement de la continuité.

La malade est en excellent état général.

Intervention : 21/11/59.

On pratique une incision itérative désinsérant l'anus iliaque gauche. Au cours de l'entrée dans l'abdomen, on a fait une brèche à une anse grêle adhérente. On suture en deux plans. L'utérus est en place encadré de ses annexes dont la droite, dans un pelvis au péritoine "glacé", est venue se coller sur le moignon rectal que l'on a énormément de peine à découvrir, dans un tissu cellulaire, où l'on ne retrouve aucun plan de clivage. On repère l'uretère droit, on abandonne la découverte du gauche sous un péritoine lisse infiltré, saignant. On arrive à cliver le rectum de la face postérieure de l'isthme, puis des annexes droites, puis de la concavité sacrée, enfin de la paroi gauche. Dès lors ce moignon monte et l'on se rend compte qu'il sera possible de rétablir la continuité sans interposition du grêle, par un bout à bout qui ne tire pas. Tout au long de cette libération, un saignement diffus a déclenché une chute de tension qui n'a pas été compensée aussitôt par l'apport de sang qu'elle méritait et à partir de ce moment s'installe un état de choc sévère qui ne rétrocédera qu'en fin de soirée après transfusion. Traitement tonocardiaque.

(Dr GUILLEMIN - LOMBARD)

Suites opératoires : sont simples.

-Revue le 1/5/1964 : excellent état général.

OBSERVATION N° 4

Mademoiselle BREUIL

A.P. : Il s'agit d'une malade de 59 ans, sans antécédents particuliers, célibataire et menant une vie active.

Depuis un an, survenue d'une constipation de plus en plus marquée rendue tolérable par la prise de laxatifs.

Il y a 4 mois, la constipation est devenue rebelle et de temps en temps se manifestent des débauches diarrhéiques où la malade a noté des glaires et du sang.

En mars 1959 apparaît un météorisme abdominal progressif, l'appétit disparaît et surtout, en même temps qu'alternent des matières et des gaz et des débauches diarrhéiques avec coliques plus violentes, surviennent des clochers fébriles à 39°5, 40° accompagnés de frissons.

La malade va consulter son médecin qui lui fait faire un lavement baryté : celui-ci montre une sténose néoplasique étendue sur 4 cm de la partie moyenne du sigmoïde. Malgré les conseils qui lui sont donnés, elle continue à voyager ; mais les choses s'aggravent et elle doit s'aliter.

A l'examen le 28/3/59 : Ventre météorisé ; on perçoit nettement dans la fosse iliaque gauche une masse très importante, douloureuse, que l'on interprète comme un abcès péri-néoplasique.

T.R. et T.V. sont négatifs. Température à 39°.

La malade est admise à l'hôpital deux jours plus tard, c.à.d. le 30/3/59 avec vomissements, température à 40°, arrêt des matières et des gaz, très important météorisme, diurèse 0,500 l.

Radiographie sans préparation : énorme distension du cadre colique ; par ailleurs, examen négatif.

La malade est mise à la glace, aux antibiotiques (tifomycine, pénicilline) aspiration gastro-duodénale. 48 h après, baisse de la T° à 37°, la diurèse est rétablie.

Intervention, le 1/4/1959 (Dr GUILLEMIN)

On pratique une incision iliaque gauche. Il s'agit bien d'un néoplasme de la partie moyenne du sigmoïde, en virole ; la masse que l'on percevait est faite d'un volumineux abcès intra-mésocolique en regard de la tumeur. Il a 8 cm de diamètre, et surtout cet abcès est fistulisé dans une anse grêle ; dans le mésentère se trouve une volumineuse

adénopathie elle aussi abcédée. Grêle d'amont distendu.

En somme, occlusion du gros par néoplasme sigmoïdien avec fistulisation d'un abcès, dans le grêle.

Dans ces conditions, devant ces lésions, on se réjouit de ne pas s'être contenté d'une dérivation en amont type caecostomie et on réalise :

- 1) Une large résection du grêle emportant un grand coin méésentérique. Bout à bout en deux plans, à points séparés ;
- 2) une colectomie segmentaire emportant largement la lésion ;
 - anus iliaque gauche (la section a porté en bas au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne)
 - suture du rectum en deux plans
 - drainage pelvien.

Histologie :

Epithélioma glandulaire atypique. Boyaux atypiques envahissant la muqueuse et la musculuse.

Suites opératoires : elles sont simples les premiers jours et permettent le lever

le 5^e jour, en même temps qu'est institué un traitement préventif anti-coagulant. Le 2^e jour, apparition de vomissements avec syndrome de choc, pâleur : la malade saigne dans le foyer opératoire. On arrête les anti-coagulants ; les perfusions et une rééquilibration attentive permettent de juguler cet incident.

Pendant quelque temps encore la malade présente de petits clochers fébriles à 38° qu'explique l'état local de la plaie.

Lever le 1^{er} mai. La malade quitte la clinique le 24/5 complètement cicatrisée, avec anus iliaque gauche fonctionnant parfaitement.

Revue le 5/11/59 en excellent état, mais refuse de garder davantage une colostomie qui la gêne beaucoup au cours de ses nombreux voyages à l'étranger.

Nouveau séjour le 29/11/59, pour rétablissement de la continuité intestinale.

On décide de réaliser une iléo-colo-rectoplastic.

Intervention, le 3/12/59 (Dr GUILLEMIN)

On procède à une laparatomie médiane sous-ombilicale désinsérant l'anus iliaque gauche. On libère très prudemment le grêle de la face profonde de la cicatrice, du moignon sigmoïdien où il adhère en 3 boucles très serrées.

On recoupe les deux extrémités coliques. Suture en deux plans, à points séparés.

Un petit drainage par une contre-incision lombaire. Paroi au fil métal, un plan.

Suites simples : la malade quitte la clinique le 17^e jour, complètement cicatrisée avec un transit intestinal rétabli.

Un contrôle radiologique le 27/12/60 a montré une anastomose de calibre normal. La malade a repris depuis une vie très active ; mais malheureusement, elle est revue le 20/9/63, c.à.d. presque 4 ans après la deuxième intervention avec une jaunisse et à l'examen un gros foie métastatique.

Décès le 15/2/64.

OBSERVATION N° 5

Madame Jeanne BAILLY

A. P. : malade de 80 ans avec insuffisance cardiaque ancienne.

H. A. : remonte à juillet 1963, la malade accuse de l'amaigrissement accompagné d'anorexie et d'un état asthénique.

Depuis septembre de la même année, constipation alternant avec de la diarrhée.
Pas de moelena. Actuellement : cachexie sénile.

A la palpation : tuméfaction siégeant à la fosse iliaque droite. Par ailleurs, au niveau de l'anus, bourgeons indurés qui sont considérés comme des paquets hémorroïdaires.

Le lavement baryté : présence d'une image lacunaire au niveau de l'anse efférente de l'angle droit.

Intervention le 21/2/64 :

Il existe une tumeur de la partie droite du transverse sur laquelle une anse grêle est collée.

La séparation découvre une fistule spontanée iléo-colique. On réalise une résection de 10 cm de l'anse grêle ainsi fistulisée, puis l'on rétablit la continuité par anastomose termino-terminale.

On procède à une hémi-colectomie droite selon la technique de Turnbull.

Anastomose iléo-transverse termino-terminale. Pas de péritonisation.

On place une tuile dans la zone de décollement ressortant par une contre-incision du flanc droit.

Il faut noter qu'il existe un volumineux kyste de l'ovaire droit calcifié (10 cm de diamètre) sur lequel les anses grêles sont accolées intimement.

Examen de la pièce : énorme tumeur du côlon transverse droit fistulisé dans une anse grêle.

Histologie :

- 1) tumeur : épithélioma glandulaire muco-sécrétant de l'intestin,
- 2) grêle : envahissement par le même épithélioma.

Suites opératoires :

La lésion anale qui pouvait être considérée comme bénigne, devient de plus en plus gênante. On est amené à une excision sous anesthésie locale. La biopsie confirme l'épithélioma.

Indication : Curiethérapie que l'on diffère en raison de l'état général de la malade.

Les suites sont troublées par une complication infectieuse pulmonaire qui nécessite un traitement prolongé.

Par ailleurs, les suites abdominales sont simples.

Recul de 2 mois seulement.

OBSERVATION N° 6

Madame M. Louise VELLERUT

A.P. : Malade de 68 ans ayant eu le RAA dans l'enfance, puis plus tard atteinte cardiaque.

Intervention pour GEU.

H.A. : En juillet 1963, la malade présente des douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite.

En septembre 1963 : elle constate des hémorragies intestinales de sang rouge, puis de la diarrhée persistante accompagnée d'un amaigrissement de 3 kg.

A l'examen : Point douloureux à la fosse iliaque droite. La palpation abdominale décèle une masse irrégulière siégeant à la fosse iliaque droite.

Intervention : le 8/4/64.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur intéressant la moitié inférieure du côlon droit sur laquelle sont venues adhérer les 2 dernières anses grêles et comme on s'en rendra compte sur la pièce, avec une fistule iléo-colique. Le foie semble normal. Pas de greffe dans le Douglas, ni ascite.

Il existe d'importantes adénopathies le long de l'artère iléo-caeco-colique. Elles forment un placard au-devant du 3° duodénum et la face antérieure de la tête du pancréas. Pas d'adénopathie dans la racine du mésentère.

La manoeuvre de Turnbull permet très vite de se rendre compte que le duodénum au contact du pôle supérieur de la tumeur n'est pas envahi.

Dans ces cas, malgré les conditions défavorables, est réalisée une hémicolectomie droite avec ligature des vaisseaux suivant la technique de Turnbull. L'uretère, non dilaté, de même que les vaisseaux iliaques droits étaient à la limite postérieure de l'extension tumorale.

-Anastomose termino-latérale iléo-transverse au bouton mixte.

L'on place une tuile lombaire droite.

Examen de la pièce : néoplasme ulcéré sphacelé de 8 cm de diamètre occupant le caecum et la moitié inférieure du côlon droit, envahissant la valvule de Bauhin. Il existe une fistule iléo-colique au niveau d'une des anses venues se coller sur la tumeur.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'intestin.

Envahissement du grêle et des ganglions par le même épithélioma.

Suites immédiates : Collapsus pendant 36 h, puis rééquilibre de la TA.

Suites éloignées : sont simples, mais recul de 3 mois seulement.

OBSERVATION N° 7

FISTULISATION DU CANCER DU COLON DANS L'INTESTIN GRELE. (par MM. F. D'ALLAINES & A.R. NAINY)

Arch. des mal. de l'app. digest. 1940 p. 1060-69.

Mlle C.. 66 ans, vient consulter pour la première fois le 5/12/1935.

Elle se plaint de phénomènes diarrhéiques. Elle a toujours été bien portante.

En 1919 elle a suivi un traitement radiothérapique pour goitre. Entre 1919 et 1935 elle ne signale rien de particulier.

Au mois de juillet 1935, elle a souffert d'une sciatique du côté droit qui a disparu complètement dans la suite.

Constipée depuis des années, elle remarque il y a 6 mois que sa constipation s'aggrave en même temps qu'elle devient paroxystique : périodes de constipation absolue entrecoupée de débâcles. Elle ne s'en inquiète pas jusqu'au mois de septembre 1935. C'est alors qu'une débâcle intestinale brutale survient : diarrhée très importante, le nombre des selles dépassant 4 ou 5 par jour. Elles sont liquides, foncées, très fétides.

Cette crise dure 15 jours puis diminue d'intensité sans que les phénomènes diarrhéiques disparaissent jamais dans la suite.

Signalons trois points importants : elle n'a jamais souffert ; elle mange bien, elle n'a pas de température. Mais elle remarque trois symptômes nouveaux : une pâleur d'apparition récente, un amaigrissement de 4 à 5 kg, une légère fatigue.

Examen : Il s'agit d'une femme amaigrie, avec des traits tirés, mais la pâleur n'est pas très prononcée. En découvrant l'abdomen, on est frappé dès l'abord par une augmentation du volume du ventre. Cette distension est symétrique et ne laisse voir aucune contraction péristaltique. La palpation montre dans la région sous-ombilicale médiane et gauche une masse un peu irrégulière, de grosseur d'un poing, indolore et légèrement mobile suivant l'axe transversal, mais absolument immobile dans le sens vertical.

On ne décèle ni ascite, ni oedème des membres inférieurs. Le T.R. ne montre rien d'anormal. Les examens complémentaires permettent les constatations suivantes :

les poumons sont normaux ; l'urée est de 0,25 g ; le temps de coagulation est de 7 minutes ; le temps de saignement entre 1 minute et demi et 3 minutes.

Dans la lettre que son médecin nous adressait, il signalait des selles sanglantes à l'examen microscopique. Après une telle symptomatologie, il était facile de poser

le diagnostic de néoplasme digestif, très vraisemblablement colique gauche (étant donné la constipation de longue date et la fréquence de localisation néoplasique à gauche).

Examen radiologique : (par lavement opaque) Le passage de la matière opaque s'effectue correctement dans l'ampoule rectale, puis progresse normalement jusqu'au détroit supérieur : à ce niveau du côlon gauche, brusquement la progression de l'opacité cesse pour donner naissance à une lacune. Au-dessus de cette image lacunaire, l'image colique apparaît à nouveau et se distend dans sa partie moyenne avec aérocolie.

Mais le point le plus intéressant de cette exploration réside au niveau de la lacune : c'est le passage rapide de la baryte dans l'intestin grêle qu'elle injecte et remplit dans ses 60 derniers centimètres.

En examinant de plus près cette fistule, on voit qu'elle est formée par des bords rigides sans aucune souplesse, contrastant avec le segment intestinal avoisinant qui reste souple et élastique. Le reste des côlons est injecté normalement sur une radiographie prise 5 heures après le lavement.

Nous concluons donc à l'existence d'une fistule jéjuno-colique à bords rigides et due certainement au néoplasme. Etant donné l'état général de la malade, l'intervention est décidée.

Intervention : Anesthésie au protoxyde d'azote, de durée de 1 h et demi. Incision médiane sous-ombilicale. On découvre une tumeur volumineuse qui occupe le bassin surtout à gauche et qui est adhérente. Le grêle vient se perdre dans la tumeur à environ 40 cm de l'abouchement iléo-caecal. Au-dessus de la tumeur il est dilaté, au-dessous aplati. On commence par sectionner le jéjunum au-dessus et on l'implante dans le côlon droit : anastomose termino-latérale en deux plans aux fils de lin. Fermeture du bout inférieur. On sectionne ensuite l'iléon au-dessous de la tumeur et on ferme ses deux extrémités. Section du mésentère entre les deux points de section pour libérer complètement l'intestin grêle. On attire alors la tumeur en avant, celle-ci est largement adhérente aux annexes gauches que l'on sectionne à leur implantation sur l'utérus : la dissection de la tumeur est difficile, on est obligé tout d'abord de passer au-dessous d'elle et de sectionner le rectum au-dessous du promontoire ; fermeture du rectum en deux plans.

Utilisant alors le plan de décollement devant le promontoire, on libère progressivement la face postérieure de la tumeur découvrant ainsi la bifurcation de l'aorte et de l'uretère adhérent qui est libéré ; on arrive au sigmoïde que l'on sectionne ; ligature de nombreux vaisseaux du méso. On abouche le sigmoïde à la peau de la fosse iliaque gauche sur un tube de Paul. Miculicz au niveau de la zone de décollement du sigmoïde. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans et soies perdues.

N.B. : Aucune opération palliative n'était possible étant donné que la lésion occupait l'intestin grêle et le gros intestin en même temps et qu'une dérivation intestinale

aurait nécessité l'établissement d'un anus artificiel sur le grêle.

Suites opératoires : Très simples, la malade est sortie un mois après l'intervention. Nous l'avons revue en juin 1939, elle a un bon état général, elle a engraisé et ne présente rien d'anormal, l'anus iliaque est très bien supporté, elle n'a aucun trouble de ce côté.

Examen de la pièce : La tumeur est formée par une importante masse englobant et fusionnant étroitement côlon, intestin grêle ; annexes gauches et les mésos correspondants. Après dissection on y reconnaît les éléments suivants :

A) Le côlon gauche dans sa portion sigmoïdienne, dur, un peu rétracté, adhérent intimement par sa face latérale droite à l'iléon ; c'est sur cette face que siégeait la fistule. En amont de la lésion, le côlon est dilaté et hypertrophié ; en aval il est aplati et flasque.

B) Une anse intestinale accolée au côlon et fistulisée dans celui-ci par sa face latérale gauche. Dans l'ensemble l'aspect général de cette anse n'est pas très modifié sauf toutefois une dilatation en amont et un aplatissement en aval.

C) Le mésentère et le mésocôlon se confondant dans une hypertrophie graisseuse et ganglionnaire ; c'est d'ailleurs grâce à cette lipomatose que la tumeur a acquis le volume énorme qu'elle présente. Remarquons en outre que le méso de l'iléon est très fragile et friable.

D) Annexes : toute cette masse adhère par sa face profonde et postérieure aux annexes gauches qui ont été enlevées en même temps que le reste de la tumeur. La zone de décollement postérieure s'est étendue jusqu'au tissu conjonctif recouvrant l'aorte et l'uretère gauche.

L'ouverture de la pièce : montre l'existence d'une large ulcération cratériforme qui a détruit toute la muqueuse du côlon sur 5 à 6 cm de longueur. Au niveau de l'anse grêle, l'ulcération est moins importante n'occupant que les deux tiers de la circonférence de l'intestin. De ce fait on peut affirmer l'origine colitique du néoplasme, car la différenciation histologique ne peut se faire entre une tumeur maligne de l'intestin grêle et du gros intestin. La fistule fait communiquer largement les deux tubes intestinaux, elle est limitée par l'accolement des parois intestinales sans trajet intermédiaire.

L'examen histologique montre aussi bien sur le prélèvement colique que sur le grêle, une infiltration diffuse de toute la paroi par un épithélioma cylindrique muqueux du type intestinal banal et dont les bourgeons font saillie à la surface de l'intestin grêle. Cette infiltration est si diffuse qu'il est impossible de saisir l'origine de la tumeur, et ce d'autant plus que son aspect serait le même quelle que soit son origine, à partir du grêle ou du côlon. A noter que sur l'intestin grêle un aspect particulier de la muqueuse voisine, caractérisée par une exagération considérable de la sécrétion muqueuse.

OBSERVATION N° 8

(par JAYLE)

Femme de 28 ans qui était venue consulter pour vomissements, douleurs abdominales et surtout amaigrissement énorme.

A l'examen, on est frappé par la pâleur de la malade. La peau de l'abdomen est blafarde et flasque.

A la palpation, on découvre une grosseur anormale de consistance dure dans la partie médiane de la région hypogastrique et un peu à gauche.

Opération : Epithélioma de l'anse iliaque ayant envahi et perforé latéralement une anse intestinale grêle. On resèque l'anse grêle sur une longueur de 7 cm et l'S iliaque sur une longueur de 15 cm environ.

Suites opératoires normales : Guérison sans complications ; deux ans et demi après, la malade était toujours en bonne santé.

OBSERVATION N° 9

FISTULE ILEO-COLIQUE DUE A UNE COMPLICATION D'UN CARCINOME. (V.J. VINCI, C.E. Mc LEOD & L.O. La BELLA)

Ann. of Surg. 126 : 246-250 Aug. 1957.

Un homme nommé J.C., âgé de 47 ans, entra à l'hôpital des Vétérans le 18/6/1946 se plaignant de douleurs au-dessous de son épaule ; en plus il présentait de la diarrhée et rectorragies depuis 9 mois. Il avait maigri de 22 kg et se sentait faible, avec une légère dyspnée. 7 mois avant son admission, une série de clichés gastro-intestinaux après lavement baryté avait été faite par son médecin. On y découvrit un diverticule du côlon ; à la même période ce diverticule lui causa de la diarrhée et rectorragie.

Ses antécédents héréditaires et personnels étaient essentiellement négatifs, à part une appendicectomie réalisée en 1942.

L'examen physique à l'entrée montra un sujet mince, pauvrement nourri, de teint pâle, mais les joues rouges.

A la palpation : On sentait une masse au niveau de la fosse iliaque gauche. Cependant il était difficile de l'interpréter à cause de vives douleurs accusées par le patient.

Examens de laboratoire : Urines = N ; Mazzint = N ; Sputus = N ; La numération globulaire révéla une anémie macrocytaire hypochrôme, estimée aux environs de 2.900.000 globules rouges, et 45 % d'hémoglobine.

La radiographie : montra un néoplasme du tiers moyen du côlon descendant. Il y avait aussi une large communication directe entre le grêle et le gros intestin, du côté de l'obstruction.

Le traitement pré-opératoire :

- | | |
|-----------------|--|
| 1) Fransfusions | 5) Sulfasuccidines |
| 2) Vitamines IM | 6) Purgatifs et lavements |
| 3) Protéines | 7) Un tube de Miller - Abbo fut placé avant l'opération. |
| 4) Foie et fer | |

Opération et technique : 30/7/46

On trouva une grosse masse à la partie médiane du côlon descendant. Une anse de l'iléon était accolée au gros intestin. Ils étaient couchés parallèlement et liés ensemble par une anastomose pathologique latéro-latérale ayant 2 cm de diamètre. L'exploration ne découvrit rien d'autre. On réalisa une résection en bloc tout en gardant l'anastomose.

La continuité intestinale fut rétablie par une anastomose termino-terminale du côlon descendant. On pratiqua ensuite une caecostomie.

Après l'intervention, le patient reçut de la sulfadiazine et pénicilline.

L'examen hystologique confirma qu'il s'agissait d'un adénocarcinome du gros intestin au stade 2 avec extension dans l'iléon et la formation d'une anastomose pathologique. Pas de cellules malignes au niveau des lymphatiques.

Les suites opératoires :

La période post-opératoire fut simple, sauf pour un drain à partir d'une fistule fécale, qui se tarit en peu de temps.

Un mois et demi après l'opération, le sujet avait gagné 9 kg, son Hgl. était à 82 % et ses globules rouges à 4'42 millions.

Lors de la dernière visite, le 11/12/46, en se basant sur son état, on lui autorisa un travail à temps partiel.

Il revint le 10 juin ; son poids avait augmenté davantage (190 lbs). Le sang montrait 5 millions de globules rouges et 90 % d'Hgl.

Une nouvelle série de clichés gastro-intestinaux ne montra rien d'anormal. Le sujet ne se plaignait plus et avait depuis ce moment repris son travail normalement.

OBSERVATION N° 10

FISTULE ILEO-COLIQUE PAR CANCER DU COLON DESCENDANT.(A.STRELINGER,
Am. Diges. Dis. 14 : 371-373 Nov. 1947)

Cette malade était envoyée par le Dr GERARD et avait été vue par moi pour la première fois le 22/12/1946.

Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 43 ans.

Depuis 8 mois, elle se plaignait de vives douleurs abdominales au niveau de l'épigastre, celles-ci étaient accompagnées d'amaigrissement important.

L'examen physique décela un état anémique. On remarqua une tumeur para-ombilicale, de consistance ferme, ayant le volume d'une pamplemousse et non mobile. Les autres examens ne relevèrent rien de spécial.

La radiographie après lavement baryté faite par le Dr GERARD montra un rétrécissement du côlon descendant sur 10 cm. La lumière intestinale avait perdu ses contours réguliers. Au niveau de la jonction de l'anse normale avec l'anse atteinte on voyait une transition normale progressive. De la partie moyenne de l'anse anormale part une travée de baryte longue de 2 cm en direction de la ligne médiane.

Les examens de laboratoire :

Urines = N	Sang = Globules rouges : 2.900.000
	Globules blancs : 7.600
	Hémoglobine : 10,5 g
	Prothrombine : 80 % du chiffre normal, dont albumine 4,8 g et globuline 2,5 g.

La patiente fut admise à l'hôpital Ste Elisabeth le 30/12/1946.

Intervention : On pratiqua une laparotomie par incision au niveau du quadrant supérieur droit. L'abdomen fut exploré en se servant des mains. On découvrit la tumeur qui faisait partie intégrante du côlon descendant, elle adhérait à la paroi antérieure abdominale, avec infiltration de plusieurs ganglions au niveau du mésocôlon. Pas de métastases pelviennes palpables, ni hépatiques, ni spléniques.

Une colostomie de type DEVINNE fut réalisée au niveau du quadrant supérieur droit. La patiente quitta l'hôpital avec une colostomie fonctionnant normalement.

Elle devait être réadmise ultérieurement pour une résection éventuelle.

La malade ressentit une diminution des douleurs abdominales, mais son état général ne s'améliora guère. Elle constata aussi que les matières fécales continuaient à passer par le rectum. Elle finit par être réadmise dans le même hôpital.

Intervention : Le 30/1/47, c.à.d. un mois après sa première opération, on réalisa une nouvelle incision paramédiane gauche exploratrice. La découverte manuelle de la première intervention fut confirmée, mais s'y ajoutait une anse de l'iléon qui adhérait à la tumeur. L'extension locale et l'infiltration des ganglions mésocoliques indiquaient qu'une cure radicale ne pouvait être envisagée. Mais il semblait logique de tenter une exérèse en bloc de tout ce qui paraissait visiblement et palpablement malin, ce qui fut aussitôt pratiqué. L'opération fut complétée par une iléo-iléostomie bout à bout.

La tumeur était un carcinome. Il existait une rupture au niveau du gros intestin qui causa une perforation du côlon dans l'iléon.

Les irrégularités viscérales découvertes au cours de différentes radiographies correspondaient à la communication entre les lumières intestinales. La fistule fut la cause du passage continu d'une petite quantité de matières fécales en présence de colostomie.

Le diagnostic microscopique fut : Adénocarcinome stade 2, infiltrant et perforant l'iléon adjacent, ayant la forme d'un carcinoïde.

Pendant quelques jours après l'opération, la patiente fut gravement malade, elle s'améliora à l'aide de suppositoires.

Elle sortit de l'hôpital deux semaines après. Elle gagna ensuite du poids, son aspect physique devint meilleur.

La numération globulaire présentait des chiffres normaux. Malgré que son mari s'attendait à un pronostic sombre, il fut cependant impressionné par le rétablissement de son épouse.

Quelques semaines plus tard, la patiente revint pour un nouveau séjour ; cette fois il fallait réparer la continuité intestinale et fermer la colostomie. On décida d'utiliser la méthode de Harvey-Stone, qui consiste à isoler une longue portion iléale, sans entraver la circulation sanguine, la raccorder au bout de la plaie du côlon transverse et sigmoïde par l'anastomose, et accoupler les bouts perdus de l'iléon par l'anastomose.

La laparatomie fut réalisée le 21/4/47, on y découvrit une métastase rétropéritonéale et le procédé envisagé fut abandonné.

La malade s'en alla 11 jours après l'opération avec une colostomie fonctionnant de façon normale. Son état général était satisfaisant autant qu'avant l'intervention et son amélioration fut impressionnante.

OBSERVATION N° 11

FISTULE ILEO-COLIQUE DUE A UN ADENOCARCINOME DU SIGMOÏDE. (Mass. Gen. Hosp.)

New england journal of médecine 233 : 627-630 Nov. 22 1945.

Une dame âgée de 58 ans entra à l'hôpital se plaignant de constipation. Environ dix mois avant son admission, elle souffrait d'abord de constipation rebelle aux épisodes diarrhéiques, avec en plus de l'indigestion et anorexie.

Elle accusait un amaigrissement de 8,5 kg depuis un mois, ce dernier étant accompagné d'adynamie. On ne notait pas de vomissements, ni nausées, ni coliques.

Depuis un certain temps elle avait de la dyspnée, sans orthopnée ni oedèmes des membres inférieurs. La ménopause était survenue 7 ans auparavant. Elle avait occasionnellement de la pollakiurie diurne et nocturne. La malade était de bonne constitution, mais pâle avec une langue sèche.

Le coeur et poumons étaient normaux, sauf un souffle systolique au foyer aortique.

A la palpation : Abdomen distendu et tympanique avec défense musculaire généralisée. Dans la fosse iliaque gauche figurait une masse immobile, mate à la percussion, d'origine apparemment pelvienne. Le péristaltisme était normal. Le foie débordait de 2 travers de doigts. La T° était de 39°, le pouls 70 et la respiration à 20.

La T.A. 110/75, l'Hgl à 80 %, les globules blancs à 14.500.

Les urines étaient normales, sauf des globules blancs dans le sédiment.

Le cliché thoracique montrait que le coeur et les poumons étaient indemnes.

Le lavement baryté : jusqu'au niveau de la jonction rectosigmoïde, décéla un rétrécissement sur 9 cm, avec une muqueuse irrégulière, simulant l'ulcération. Il y avait en plus de l'oedème et une petite fistule qui semblait conduire dans l'iléon.

L'examen complet n'a pu être pratiqué à cause de difficultés d'obtenir le baryum au-delà de la zone de rétrécissement. Pas de diverticule.

La patiente continua à présenter de la fièvre à 39°. On lui administra du sérum glucosé I.V. et 12 g de sulfasuccidines. Le tube de Miller-Abbot placé dans l'iléon, drainait une grande quantité de matières.

Le 5° jour, la masse abdominale fut déviée du côté de l'hypogastre et de la fosse

iliaque gauche. L'examen rectal était négatif. L'opération fut décidée le 6^e jour.

Intervention : la laparatomie montra une anse iléale de 10 cm, depuis la valvule iléocaecale. Elle était collée à une grosse masse pelvienne englobant le sigmoïde.

Apparemment cela représentait la fistule. Cette fistule elle-même avait aidé la décompression de l'anse iléale atteinte, ce qui aurait favorisé l'évacuation de mucus et des sécrétions intestinales. L'iléon fut sectionné en amont et en aval de la fistule. Rétablissement de l'iléon par anastomose bout à bout. On laisse le segment iléal accolé à la tumeur en fermant les 2 bouts en espérant que ce segment s'évacuera par la fistule iléo-colique. Une large colostomie transverse fut décidée pour la large portion pelvienne malade.

Suites opératoires : La patiente ne se porta pas bien après l'opération. Elle fut atteinte de collapsus circulatoire et d'infarctus pulmonaire. Elle succomba quelque temps après.

Autopsie : On constata une péritonite fibrino-purulente généralisée. Une colostomie avait été réalisée dans le côlon transverse, 10 cm près de la valvule iléo-caecale, un segment iléal de 25 cm avait été invaginé et isolé au niveau des 2 bouts, et la continuité du grêle était rétablie par une anastomose bout à bout. Les autres sutures étaient intactes. L'anse isolée iléale était adhérente au sigmoïde, rectum et autres organes pelviens, et une perforation aigue de 2 mm fut trouvée dans la portion moyenne de la surface antérieure. Cela a conduit à une péritonite généralisée.

En ouvrant l'anse iléale, une fistule de 1,5 cm fut découverte et conduisait à une occlusion adhérente du sigmoïde.

La dissection du caecum et sigmoïde montra une tumeur de 2 cm à la jonction recto-sigmoïdienne, avec une oblitération presque complète de la lumière intestinale à ce point.

Une extension de la tumeur formait à peu près un cratère de l'ulcère de 7 cm de diamètre et l'ouverture de la fistule dans la profondeur du cratère. On notait en plus de petits abcès.

Diagnostic anatomique :

Adénocarcinome du sigmoïde avec extension vers l'iléon.

Fistule iléo-colique, avec formation d'abcès local.

Infarctus pulmonaire.

Péritonite fibrino-purulente aigue généralisée.

Perforation de l'anse grêle.

OBSERVATION N° 12

FISTULE SIGMOIDO-ILEALE D'ORIGINE CANCEREUSE. (Par MM. G. MICHOTÉY, E. JEAN & P. BRAUNSTEFFER)

Marseille Chirurgial, séance du 20/3/61.

M.R... 41 ans, présente depuis plus d'un an des crises douloureuses abdominales, de caractère paroxystique, de siège maximum dans la région sous-ombilicale et irradiées transversalement. Très rapidement les crises douloureuses sont accompagnées de diarrhée très liquide, quelquefois mélangée à du sang. L'amaigrissement est très important, son origine étant due aussi bien à la diarrhée qu'à l'abstention volontaire de l'alimentation qui déclenche des crises douloureuses.

Un examen radiologique du côlon après lavement baryté met d'emblée en évidence l'existence d'une fistule colo-iléale. En effet, le lavement baryté, après avoir rempli l'ampoule rectale, injecte simultanément le côlon gauche d'une part, la fin du grêle et le caecum d'autre part. La fistule est située au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne.

Nous intervenons le 20/12/60 : L'exploration montre une volumineuse tumeur du recto-sigmoïde fistulisée dans une des dernières anses iléales, le tout adhérent à la paroi pelvienne gauche.

Devant l'absence de métastases hépatiques et ganglionnaires palpables et l'intégrité du péritoine pelvien, on décide l'exérèse. La libération de la tumeur, en partie sous-péritonéale, montre un englobement de l'uretère gauche dans sa portion latéro-pelvienne. On réalise alors une très large exérèse emportant en monobloc tout le côlon gauche englobé dans la tumeur soit environ 5 cm. La continuité colo-rectale, après abaissement du transverse droit au pelvis et fermeture du bout distal, est réalisée par anastomose transverso-rectale latéro-terminale en deux plans. Enfin la continuité urinaire est réalisée après l'isolement d'une part de la corne vésicale gauche qui est attirée en haut et d'autre part de l'uretère et du rein gauche qui sont abaissés en masse, par implantation sur sonde de l'uretère dans la vessie.

Les différentes brèches péritonéales sont fermées, l'anastomose colo-rectale est péritonisée après mise en place de 2 drains aspiratifs anti-céclives. La paroi est fermée sur un drain de Goldman-Barraya dans le décollement gauche.

Les suites opératoires immédiates ont été simples et le malade est parti en convalescence environ 4 semaines après.

L'examen anatomo-pathologique : a montré qu'il s'agissait d'un volumineux épithélioma cylindrique glandulaire orthoplasique du sigmoïde accompagné d'une réaction inflammatoire importante, sans images métastatiques au niveau des ganglions examinés (Dr LIEUTAUD).

Une urographie intraveineuse effectuée avant sa sortie, au 23^e jour, montre un rein gauche dilaté avec évacuation retardée. Mais il s'agit d'un contrôle précoce et aucune symptomatologie lombaire gauche ni urinaire n'est venue troubler les suites opératoires.

Par contre, nous avons dû réopérer ce malade environ 2 mois après pour une occlusion du grêle sur brides. Cette réintervention a confirmé l'absence de métastases tant hépatiques que péritonéales décelables.

Ce malade passe actuellement une convalescence satisfaisante.

OBSERVATION · N° 13

CARCINOME DE L'INTESTIN AVEC FISTULISATION ILEO-COLIQUE. (RICCARDO SEGRE, Osp. Maggiore 20 : 161-167 March 1932)

Le cas que nous rapportons se réfère à une jeune femme de 37 ans dont le père est mort à 54 ans d'un néoplasme intestinal. La mère est encore vivante mais souffre d'une maladie de Basedow. L'unique frère a dû être opéré il y a un an pour un carcinome de l'intestin.

Les antécédents de la malade ne révèlent aucun fait digne d'être retenu. Elle a toujours été en bonne santé, ainsi que vient le confirmer le médecin qui depuis des années connaît toute la famille.

Les premiers troubles datent d'un an environ et se manifestent à charge du tube digestif avec des défécations diarrhéiques assez fréquentes. Amaigrissement de 17 kg en un an. 7 kg dans les trois derniers mois. Asthénie, pas d'anorexie, pas de douleurs. Il y a deux mois, on note un syndrome douloureux aigu avec vomissements durant 30 h, simulant une appendicite.

Vue en février 1932, encore assez robuste. Abdomen indolore. F.I.D. = gargouillements. F.I.G. = masse de la taille d'un oeuf de poule, mobile, douloureuse à la pression, 2 diagnostics possibles : tuberculose ou néoplasme.

Radiologie : Image d'anses grêles en paquet, semblant moulées sur une masse. Transit difficile à suivre car 1 h après, les 2/3 du côlon descendant sont imprégnés. La malade est déjà allée à selles. Il reste de la baryte dans les dernières anses grêles après 98 minutes et on voit après la première heure la baryte monter du côlon descendant dans la transverse.

Lavement baryté : Imprégnation du sigmoïde par passage dans une anse iléale par un trajet de 6-7 cm.

Conclusions : Fistule iléo-colique sur la dernière anse grêle et à la limite du côlon descendant-sigmoïde ; trajet rétréci de 7-8 cm. Aspect de tumeur maligne.

Intervention : On tombe sur une tumeur de la partie moyenne du sigmoïde, non occlusive, adhérent à 4 anses grêles dont l'une est perforée et communique avec le

centre de la tumeur. Résection du sigmoïde et de l'anse perforée. Les autres furent libérées. Anastomose termino-terminale des 2 intestins. La tumeur était adhérente à la vessie et au ligament large gauche.

Commentaires : Cas rare ; peu de cas rapportés. L'auteur se rappelle l'observation publiée par le prof. SEMENZA. La clinique est peu évocatrice. La diarrhée n'est pas forcément due à la fistule, car il y avait eu une émission pure d'aliments et non une diarrhée comme celle de notre malade. On peut invoquer l'irritation du côlon par le chyme intestinal. Quant à l'épisode aigu, il peut correspondre à la perforation.

OBSERVATION N° 14

CANCER DU COLON TRANSVERSE AVEC ANASTOMOSE SPONTANEE ILEO- COLIQUE
par SOREL.

(Toulouse médical 1901, p. 22)

Il s'agit d'un homme de 37 ans, mort d'une affection intestinale.

Al'ouverture : On note une grosse tumeur du côlon transverse gauche avec anastomose iléo-colique de 3 cm de large.

A ce propos, on trouve déjà dans la littérature :

A) BARTH : un cas.

B) Thèse de HAUSMAN (Paris) 1882-83 : Cancer du côlon avec 2 cas de fistules iléo-coliques dont le cas de BARTH.

C) Thèse de LACROSAZ (Lyon) 1898-99 : 4 cas. Lacrosaz pense qu'il s'agit d'une complication néoplasique salutaire neutralisant le rétrécissement, mais Sorel n'est pas d'accord et pense que la réperméabilisation intestinale est plutôt le fait du processus ulcératif.

OBSERVATION N° 15

CANCER DU CAECUM AVEC FISTULE ILEO-CAECALE SPONTANEE. (par P. COLSON, CHAPUY & HOUOT)

Lyon chirurgical 1950 p. 754-755, séance du 16/3/50

Mme S.. 60 ans, nous est adressée en juillet 1949. Depuis trois mois elle souffre d'hémorragies intestinales répétées et elle présente dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse, peu mobile.

La radiographie faite après ingestion de baryte aurait montré une image lacunaire du caecum avec un transit normal. On ne trouve effectivement aucun signe clinique d'obstruction intestinale, même discrète. Cependant en poussant l'interrogatoire, il semble que la malade ait traversé quelques mois auparavant une période troublée avec coliques quotidiennes, et météorisme abdominal.

L'intervention a lieu le 20/7/1949, après correction d'une hypoprotidémie initiale à 46,80 g par litre. On trouve une tumeur du caecum sur un intestin mobile, pourvu d'un méso très court rapidement fixé sur la ligne médiane.

On procède à une hémicolectomie droite, enlevant aussi largement que possible mésos et épiploon et rétablissant la continuité par une anastomose termino-latérale au bouton de Villard. Péritonisation aisée. Fermeture totale sur un petit drain laissé au contact du duodénum.

Les suites opératoires sont simples.

L'examen de la pièce opératoire réservait une surprise. L'incision du caecum sur son bord externe permet de reconnaître l'existence d'une tumeur caecale infiltrante entourant le caecum en couronne, tandis que l'on constate un orifice largement béant qui conduit dans l'iléon. Il semble au premier abord qu'il s'agisse de la valvule de Bauhin ulcérée et détruite par le néoplasme. Il n'en est rien, la valvule est située au-dessous, sa muqueuse partiellement envahie mais ses tuniques tellement infiltrées qu'elle se trouve pratiquement obstruée et qu'il est difficile de la franchir aux ciseaux pour aller ouvrir le bord convexe de l'intestin grêle.

Histologiquement : cette tumeur est un épithélioma glandulaire typique.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Dans la presque totalité des observations que nous rapportons, le néoplasme colique forme une masse tumorale de gros volume. Plusieurs phénomènes participent à sa formation :

La scléro-lipomatose constitue le principal de ces phénomènes. Elle est pratiquement constante dans tout cancer colique se traduisant par un épaississement du tissu cellulo-grasieux que l'on trouve soit dans les franges épiploïques du côlon sigmoïde, soit dans l'épaisseur même du mésocôlon, soit dans le tissu rétropéritonéal au niveau des portions accolées. C'est une scléro-lipomatose qui rend difficile la recherche et la ligature première des éléments vasculaires, manoeuvre que nous considérons comme très importante dans les colectomies pour cancer, en raison de la diminution du risque de dissémination veineuse des cellules cancéreuses. Elle masque les différents éléments pédiculaires et est d'une dissection peu commode. Entourant la tumeur proprement dite elle en masque les contours et rend l'appréciation exacte de son volume aléatoire.

L'envahissement ganglionnaire participe également à l'hypertrophie tumorale. Il est pratiquement constant mais son aspect macroscopique est variable. Parfois seule la dissection fine d'une pièce d'exérèse permet de retrouver de petits ganglions présentant un aspect suspect. Parfois au contraire, un ou plusieurs ganglions constituent une hypertrophie suffisante pour être perceptible au sein de la masse tumorale et en augmenter le volume.

Les phénomènes inflammatoires participent eux-aussi à la constitution de ces énormes tumeurs. On sait le caractère septique des néoplasmes digestifs à tous les étages. Ici l'hypersepticité du contenu intestinal exacerbée par la coprostase rend compte du caractère très inflammatoire de ces cancers.

L'infection peut être inapparente macroscopiquement, mais parfois elle est évidente et marquée soit par une adénite suppurée intramésocolique, soit même par un abcès. Cette éventualité est signalée dans plusieurs de nos observations. On a pu ainsi rencontrer des abcès rétropéritonéaux ou intramésocoliques, ou des abcès dont les parois sont complexes, constituées par un segment de paroi abdominale accolée à la tumeur.

Parfois seule la dissection faite à l'ouverture de la pièce d'exérèse découvrira un ensemble de micro-abcès parsemant la masse tumorale.

L'adhérence d'un ou plusieurs des viscères de voisinage à la tumeur colique augmente encore le volume de la masse. Outre l'intestin grêle qui par sa mobilité est toujours en contact avec la tumeur primitive et peut y adhérer par une ou plusieurs anses, nombre d'autres éléments peuvent être rencontrés, variables suivant le siège du cancer : estomac et duodénum sont les plus souvent intéressés par les cancers coliques droits ; vessie, utérus et annexes par les cancers sigmoïdiens.

Un segment colique mobile peut également être accolé à la tumeur ou bien l'ampoule rectale peut être collée à la face postérieure d'un cancer sigmoïdien. L'existence de fistules colo-coliques est connue de longue date. (CRUVEILHER)

Enfin des éléments rétropéritonéaux peuvent être englobés et en premier lieu les uretères. La masse tumorale prend alors l'aspect que l'on retrouve dans plusieurs protocoles opératoires : Tumeur du côlon entourée d'une volumineuse gangue de sclérolipomatose sur laquelle est venue se coller une anse grêle qui fait maintenant partie intégrante de la tumeur.

A l'ouverture de la pièce, on trouve une tumeur ulcéro-infiltrante du côlon entraînant une sténose assez serrée ; au niveau de la zone ulcéreuse, on trouve une communication irrégulière entre la lumière iléale et la lumière colique. Le calibre de l'intestin, aussi bien grêle que gros, est très dilaté en amont de la tumeur et beaucoup plus réduit en aval.

Cette description type peut présenter quelques variantes qui concernent :

- l'existence de 2 ou 3 anses grêles intéressées au lieu d'une seule,
- l'existence de logettes de pus au milieu de magma adhérentiel, ou même l'existence d'un volumineux abcès,
- la présence d'un trajet intermédiaire plus ou moins long et anfractueux entre les 2 lumières iléale et colique,
- la participation d'autres viscères.

Le mécanisme de la production de la fistule est variable. Le plus souvent le processus ulcératif tumoral en est responsable. Les deux éléments intestinaux s'accolent d'abord par leurs surfaces péritonéales, la plasticité très grande du péritoine entraîne une adhérence intime des deux organes, avec création d'échanges vasculaires. Les deux segments intestinaux finissent donc par former un tout, et le processus ulcératif attaque la paroi colique de dedans en dehors puis la paroi iléale de dehors en dedans.

Certains auteurs pensent que seules les tumeurs bourgeonnantes ou ulcérantes aboutissent à la fistule et non les cancers sténosants. En fait, la plupart des cancers coliques ont un aspect macroscopique et un génie évolutif assez comparable associant les 3 présentes éventualités : bourgeonnante, ulcérante et infiltrante ; le caractère sténosant n'empêche pas la possibilité de fistulisation. D'ailleurs dans la plupart de

nos observations la dilatation du côlon d'amont est notée, prouvant que la communication iléo-colique est une complication néoplasique évolutive pouvant se rencontrer dans toute tumeur ayant atteint un certain développement local.

Mais la constitution de la fistule peut faire intervenir un processus infectieux. Au sein de la scléro-lipomatose peut se constituer une cavité abcédée dont le point de départ est soit une adénite cancéreuse, soit une diverticulite. L'augmentation de volume de l'abcès l'oblige à se drainer spontanément dans la lumière intestinale et ainsi est créée une fistule complexe avec trajet ou cavité intermédiaire.

Les cancers coliques qui aboutissent à la formation de blocs complexes englobant plusieurs viscères et réalisant les fistules colo-viscérales semblent donc obéir à une évolution assez constante. La plupart de nos observations rapportent des constatations anatomiques analogues. Elles semblent donc plaider en faveur d'une potentialité évolutive loco-régionale ; aucune de nos observations ne montre de métastases à distance et en particulier hépatiques ; or, on sait que la fréquence de cette dernière extension métastatique dans les cancers coliques et la déception opératoire qu'elle provoque alors même que le pronostic préopératoire basé sur la seule taille de la tumeur était favorable.

Seule une de nos observations personnelles (N° 4), ayant nécessité un deuxième temps opératoire et ayant vécu 4 ans en un excellent confort a finalement présenté une métastase hépatique dont elle est décédée.

CLINIQUE

Dans la plupart des observations rapportées dans la littérature, l'attention n'a pas été attirée sur la complication néoplasique de fistulisation iléo-caecale par un ensemble symptomatique très évocateur. Certes l'histoire clinique est avant tout celle d'un néoplasme colique évoluant depuis de longs mois ; cependant il nous a semblé à la lecture des observations retrouvées et de nos cas personnels qu'un certain ensemble d'éléments de la symptomatologie pouvait permettre d'évoquer ce diagnostic. Ce sont ces différents éléments que nous allons nous efforcer de préciser.

1) DIARRHEE :

Le symptôme le plus courant chez tous ces malades est la diarrhée. Sur les 15 observations que nous rapportons, la diarrhée est pratiquement constante. En effet, seules 2 observations n'apportant qu'une histoire clinique insuffisante ne mentionnent pas l'existence de ce syndrome, ce qui n'exclut pas sa présence. Dans tous les autres cas il est l'élément majeur qui amène le malade et oriente d'emblée vers une affection digestive ; or les caractères de cette diarrhée paraissent intéressants à considérer.

Sa survenue d'abord est assez brutale. Il ne s'agit pas seulement des épisodes diarrhéiques entrecoupés de périodes de constipation plus ou moins durables comme cela est classique et effectivement très fréquent dans tout cancer colique.

Ici le malade qui présentait jusque-là un transit subnormal ou une constipation, accuse sans transition une diarrhée qui est d'emblée importante. Plus caractéristique encore est la survenue brutale d'une diarrhée chez un malade dont l'état de constipation s'était progressivement aggravé et avait fait penser à une lésion obstructive.

Une fois installée la diarrhée frappe ensuite par sa constance et ses caractères propres. Elle devient quotidienne, rebelle aux médications classiques. Elle n'est pas seulement faite de selles liquides, émises régulièrement au long de la journée ; elle frappe par la présence dans la défécation d'éléments alimentaires non transformés par les sucs digestifs ; parfois même des émissions diarrhéiques sont rythmées par les repas, réalisant une véritable lienterie très évocatrice d'un court-circuit intestinal anormal. Mais la fréquence d'émissions de selles ne dépasse guère 5 à 7 par jour n'atteignant jamais celle d'un syndrome dysentérique. L'existence de diarrhée sanglante est assez fréquemment notée, elle suffit à rendre très suspecte la nature de l'affection en cause. Cependant il ne s'agit presque jamais d'hémorragies importantes. Seule notre

malade de l'observation n° 1 se présenta avant tout avec un tableau d'hémorragie intestinale. Il en est de même de l'observation n° 15 (COLSON) ; il est bon de dire qu'il s'agissait de 2 cancers coliques droits, et que la fistulisation iléo-colique n'était pour rien dans cette symptomatologie.

Il est facile de rapporter la scène clinique d'une telle diarrhée à la lésion anatomique. L'existence d'une fistule entre grêle et gros intestin aboutit forcément au passage d'aliments, du bol alimentaire non transformé dans la lumière colique et son évacuation dans les selles, d'autant plus rapide que la lésion iléale est haute et la lésion colique basse. L'histoire est encore plus satisfaisante lorsqu'elle a débuté par une longue période de constipation progressive signant la lésion sténosante du côlon, et qu'elle se poursuit par l'installation assez brutale d'une diarrhée durable attestant de la communication iléo-colique. Cette explication mécanique n'est cependant pas toujours valable. En effet, il n'existe pas toujours une diarrhée typique à horaire post-prandial et à contenu alimentaire et de plus parmi les observations où est détaillé l'aspect de la communication entre les 2 portions intestinales, on ne retrouve pas toujours une fistule large. Si en moyenne le diamètre de celle-ci atteint 2-3 cm, permettant donc le passage facile de particules alimentaires de gros volume, ce n'est pas toujours le cas. Ainsi dans notre observation n° 3 il s'agissait d'une fistule punctiforme, admettant tout au plus une tête d'épingle, ne pouvant laisser passer que les éléments liquides. On peut donc penser que la diarrhée a une autre explication, et certains invoquent le caractère irritatif du contenu iléal encore acide sur la muqueuse colique non préparée à une telle agression.

Reste à savoir si la fistulisation est une complication néoplasique bénéfique comme le pensait CRUVEILHER qui voyait en elle le moyen spontané de mettre fin aux méfaits de l'obstruction progressive de la lumière colique. En fait cette hypothèse est discutable et déjà LACROSAZ dans sa thèse en 1899 le réfutait, pensant que la cessation des phénomènes obstructifs était beaucoup plus imputable à la poursuite du processus ulcératif tumoral qu'à la communication iléo-colique.

2) DOULEURS :

Elles sont seulement notées dans la moitié des observations ; elles revêtent l'allure de coliques plus ou moins vives accompagnant généralement des émissions diarrhéiques. Parfois est signalé un véritable syndrome douloureux abdominal aigu précédant l'installation de la diarrhée ; c'est le cas de R. SEGRE (obs. n° 13) où un épisode douloureux aigu avec obstruction durant 30 h marque un paroxysme dans l'évolution de la maladie et fut suivi de diarrhée de plus en plus fréquente. L'auteur situe à ce moment l'épisode de fistulisation iléo-caecale.

En dehors de ces cas, les phénomènes douloureux sont apparemment discrets et non évocateurs. Parfois des douleurs d'épreintes et de ténésme peuvent accompagner les selles trop liquides, mais elles n'apportent rien à l'ensemble clinique.

3) SIGNES GENERAUX :

La courbe thermique n'a pas fait l'objet de remarque spéciale dans la plupart des observations de la littérature. COLSON dans l'observation n° 15 note le caractère fébrile de son malade. Dans l'observation n° 11, on signale une température à 39° sans y insister.

Par contre dans 2 de nos observations personnelles nous retrouvons une température à grandes oscillations à 39-40° accompagnée de frissons, dont l'apparition coïncide avec la constitution du tableau diarrhéique. Dans une de ces observations, la lésion s'accompagnait d'un assez volumineux abcès, mais l'autre ne présentait pas de collection purulente.

L'altération de l'état général est pratiquement constante. Elle est marquée par une asthénie importante, une anorexie, mais elle apparaît surtout par l'importance de l'amaigrissement qui est presque constamment noté et atteint parfois des chiffres élevés étant donné les délais très courts qu'ils ont nécessités.

Dans 2 de nos observations l'amaigrissement atteignait 16 et 18 kg ; dans le cas de VINCI (n° 9) il était de 22 kg.

L'explication de cette atteinte importante de l'état général est assez simple. Elle provient de 2 phénomènes. D'une part l'altération de l'état général commun à toute tumeur importante du tube digestif ; d'autre part l'exclusion d'une grande partie de l'intestin indispensable aux fonctions d'absorption. La rapidité de la cachexie observée est donc dans une certaine mesure le témoin de la longueur d'intestin exclus ; ainsi les amaigrissements les plus massifs que nous avons retrouvés concernent des tumeurs du bas sigmoïde, comportant une perte fonctionnelle de toute la fin de l'iléon et de la plus grande partie du gros intestin.

4) SIGNES PHYSIQUES :

L'examen clinique de ces malades montrait dans la presque totalité des observations l'existence d'une volumineuse masse abdominale palpable. Cela correspond aux descriptions anatomiques que nous avons faites ; il s'agit toujours de cancer à évolution locale très progressive, évoluant depuis plusieurs mois et aboutissant à des lésions complexes pluriviscérales.

La perception d'une tumeur volumineuse n'a bien entendu aucune valeur indicative quant à la possibilité d'une fistule iléo-colique.

En résumé, si plusieurs des observations rapportées font état de signes cliniques assez peu caractéristiques, il semble qu'un ensemble de signes de présomption pourrait évoquer la fistulisation iléo-colique si le clinicien pense à cette complication néoplasique. Il paraît logique de la chercher pour l'examen radiologique.

RADIOLOGIE :

La radiologie apporte la preuve de la fistule en montrant le passage du produit de contraste de la lumière colique à la lumière iléale. Les observations les plus fréquentes concernent les cancers du côlon gauche et surtout du sigmoïde. La progression du lavement baryté se fait normalement jusqu'à ce segment. Puis se produit un arrêt objectivant la striction tumorale. L'image va alors être variable. Parfois il existe une image lacunaire, à contours irréguliers et fixes, puis la baryte décrit des images caractéristiques d'une muqueuse iléale.

Il est le plus souvent difficile de dire quel segment iléal est ainsi imprégné ; dans certaines observations, seuls quelques plis muqueux affirment le passage dans le grêle, mais l'image est trop discrète pour en préciser le siège.

D'autres observations font état d'une opacification de toute la dernière anse grêle ou du caecum (observation n° 12). Ceci semble être à priori assez exceptionnel puisque la fistule iléo-colique devrait en principe mettre en communication le plus souvent l'iléon d'amont qui est dilaté, avec la lumière colique. L'existence de ces différentes images permet évidemment d'affirmer une fistule colo-iléale.

Mais dans d'autres observations la baryte ne dessine qu'une image lacunaire signant une perforation et faisant porter plutôt le diagnostic d'abcès périnéoplasique. D'autres encore ne donnent que l'image banale d'un cancer colique avec un défilé irrégulier au-delà duquel la baryte imprègne de nouveau un segment colique sain ou seulement dilaté.

La diversité de ces images correspond bien à la diversité des lésions anatomiques, et en particulier aux variations de calibre que peut présenter l'orifice de communication entre les 2 lumières intestinales. Lorsque celui-ci est large, la baryte envahit facilement l'iléon et la fuite ainsi réalisée empêche le franchissement de la zone colique sténosée. Au contraire, si l'orifice est punctiforme, la baryte suit son trajet colique normal, franchissant le rétrécissement tumoral ; parfois la sténose colique étant serrée, on obtient l'image habituelle d'un arrêt de progression au niveau du sigmoïde et la fistule iléo-colique sera une découverte opératoire.

Certains auteurs ont cherché à objectiver la fistule par un transit baryté. Le transit est alors perturbé dans son fonctionnement et dans sa morphologie. Il apparaît une imprégnation du côlon dans les segments exclus, puis de l'iléon, caecum, côlon ascendant, côlon transverse, comme si les segments ne présentaient plus un péristaltisme normal du fait du court-circuit réalisé. On a pu ainsi retrouver de la baryte dans la dernière anse grêle 98 minutes après l'ingestion barytée.

Ainsi, la radiologie peut faire la preuve de la fistule iléo-colique, mais c'est loin d'être une éventualité fréquente.

Sur l'ensemble de nos observations, cette preuve radiologique a été retrouvée 6 fois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cancer colique compliqué de fistule iléo-colique est donc possible dans un certain nombre de cas. Disons tout de suite que ce diagnostic ne peut guère être évoqué dans un cancer du côlon droit et du caecum où la fistule n'amène aucun changement de la symptomatologie, et ne peut être qu'une constatation macroscopique faite à l'ouverture de la pièce. D'ailleurs la sanction opératoire n'est pratiquement pas influencée par cette complication néoplasique locale. On peut donc se trouver devant deux sortes de problèmes :

1) Devant un cancer colique est-il possible de prévoir la complication néoplasique fistuleuse ?

D'après les constatations que nous avons faites nous pensons qu'on peut répondre à cette question par l'affirmative.

Parmi les signes fonctionnels qui sont les plus évocateurs, la diarrhée est le principal. L'apparition d'une diarrhée chez un malade qui ne connaissait pas cet ennui jusqu'ici est suspecte. Elle le devient beaucoup plus s'il s'agit d'une diarrhée fébrile d'installation rapide, voire même à la suite d'un véritable épisode douloureux aigu, et si elle devient permanente et rebelle aux médications habituelles dès le premier jour de sa survenue. Le caractère de cette diarrhée peut être plus typique ; présence d'aliments non digérés, horaire post-prandial, survenue brutale après un épisode progressif de constipation.

En dehors de ces cas le diagnostic est plus difficile. Cependant l'existence d'une masse tumorale de gros volume, d'une température à grandes oscillations accompagnant une scène diarrhéique rebelle, surtout l'apparition d'une baisse rapide de l'état général avec amaigrissement de plusieurs kilos en quelques semaines pourraient être des signes d'appel en faveur de la complication néoplasique fistuleuse.

Devant l'un quelconque de ces tableaux, l'examen radiologique ne doit pas se contenter de faire la preuve de la lésion néoplasique, il doit chercher à mettre en évidence la communication colo-iléale par des incidences appropriées.

2) Devant la preuve radiologique d'une fistule iléo-colique, est-il possible d'affirmer le cancer du côlon ?

Ceci est plus difficile, car il est certaines autres affections intestinales qui sont susceptibles d'aboutir à une fistule.

Les affections iléales peuvent réaliser des masses tumorales progressives simulant en tous points de cancer colique.

L'iléite terminale (maladie de CROHN) réalise une affection à évolution lente, faite de poussées et de longues rémissions. Elle survient rarement dans nos pays, et la notion de race a une grande importance dans son diagnostic. Mais elle peut se présenter comme une masse de la fosse iliaque droite et du pelvis, accompagnée de température et d'altération rapide de l'état général. Le transit met en évidence des lésions de la dernière anse qui sont en général assez étendues, mais la fuite colique peut très bien masquer ces images. C'est donc un diagnostic difficile et l'opération peut laisser longtemps planer un doute, néanmoins l'importance et l'étendue des lésions du grêle, l'existence d'adénopathies dans tout le mésentère doivent permettre une identification avant le verdict anatomo-pathologique.

La tuberculose :

Elle est devenue exceptionnelle, mais peut réaliser elle aussi une fistule interne, elle ne peut être évoquée que devant des antécédents tuberculeux importants. Le traitement médical est peut-être susceptible de faire cicatriser ces fistules ; mais ce sont là des suppositions théoriques car nous n'avons trouvé aucune observation récente de fistule iléo-colique par tuberculose.

Les tumeurs malignes du grêle :

Qu'elles soient de nature sarcomateuse ou épithéliomateuse, elles ne possèdent pas une tendance ulcérateuse très importante ; donc elles ont peu de tendance à la fistulisation. Nous n'en avons trouvé aucune observation.

L'ulcère peptique :

Il peut être compliqué de fistule gastro-jéjuno-colique, il peut simuler par son aspect tumoral et sa symptomatologie l'intestin un cancer du côlon transverse. Les antécédents opératoires, la radiologie sont en général suffisants pour préciser le diagnostic ; la sanction opératoire formelle peut de toute façon redresser le diagnostic.

La sigmoïdite :

C'est le diagnostic le plus délicat. En effet nous avons vu que ce sont les cancers sigmoïdiens qui représentent le siège le plus fréquent de cancers compliqués de fistules

iléo-coliques (8 sur 15 observations). Or la sigmoïdite peut simuler en tout point le cancer : si l'évolution aigue fébrile, la conservation relative de l'état général, sont des éléments rassurants, cela n'est pas une règle absolue. D'ailleurs à partir du moment où est constituée une fistule iléo-colique, le défaut d'absorption intestinale retentit rapidement sur l'état général. Les images obtenues au lavement baryté sont en principe plus étendues ; l'existence d'une diverticulose plaide en faveur de la nature inflammatoire pure, mais l'on connaît la fréquence du cancer né sur sigmoïdite chronique.

Le diagnostic clinique et radiologique est donc très difficile à affirmer et ce n'est qu'avec des présomptions tout au plus que l'on opérera le malade. Quant au diagnostic opératoire, il est lui aussi délicat ; ni l'étendue des lésions, ni la découverte d'un abcès ne sont des éléments formels, parfois seule l'ouverture de la pièce, découvrant une muqueuse ayant conservé ses plis, affirmera la bénignité.

Le diagnostic de cancer du côlon avec fistule iléo-colique est donc difficile. Dans l'ensemble des observations que nous rapportons, il ne fut pratiquement affirmé que 3 fois et suspecté 2 fois. Dans tous les autres cas ce fut une découverte opératoire ou post-opératoire à l'examen de la pièce.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'existence d'une tumeur volumineuse avec envahissement des organes de voisinage objectivée par la fistule iléo-colique n'est pas une contre-indication opératoire formelle ; dans la plupart des observations que nous rapportons, le traitement chirurgical a été possible et les résultats sont relativement satisfaisants.

Opération palliative :

Ce traitement est avant tout un geste d'exérèse. En effet la complexité des lésions rend tout geste palliatif illusoire et inopérant. Il n'y a pas un problème d'obstruction du transit intestinal et il n'est pas question de se contenter d'une dérivation. Celle-ci ne peut que porter sur un segment colique siégeant en amont de la portion colique où siège la fistule ; elle porte donc sur un segment intestinal déjà exclu fonctionnellement ; le transit normal persiste et les matières continuent à s'évacuer par l'anus anormal.

Dans l'observation n° 10, une colostomie transverse droite fut ainsi pratiquée en l'absence d'un diagnostic opératoire de l'état exact des lésions. Aucune amélioration de l'état général ne se produisit, le transit par l'anus normal continua comme par le passé, une intervention fut nécessaire quelques semaines plus tard.

Cette éventualité se rencontre d'ailleurs en dehors de toute fistule iléo-colique, lorsqu'il existe une simple adhérence d'une ou plusieurs anses grêles sur une tumeur colique, ce qui se rencontre assez fréquemment et qui n'est au fond qu'un stade préliminaire de la complication qui nous intéresse.

On se trouve en effet parfois en présence de phénomènes obstructifs progressifs par cancers coliques. La preuve radiologique d'une sténose sigmoïdienne tend à lui attribuer tous les troubles du transit. En fait il peut s'agir d'un mécanisme mixte obstructif à la fois par la virole colique et par obstruction du segment iléal accolé à l'iléus duplex.

Il faut se garder de vouloir lever les phénomènes obstructifs par une simple colostomie d'amont, à laquelle ne parviendra pas le contenu intestinal retenu au niveau de l'obstacle iléal. Cette éventualité est relativement fréquente et doit être envisagée avant de pratiquer une seule dérivation colique : l'importance du météorisme, l'aspect radiologique qui montre une distension localisée du grêle doivent en faire craindre la possibilité et obliger à une laparatomie exploratrice complète malgré les risques vitaux plus considérables qu'elle entraîne. Les gestes palliatifs sont donc réduits au minimum.

Dans l'observation n° 11 une opération du sauvetage fut tentée sur un malade en très mauvais état. Les auteurs se contentèrent de lever l'obstacle iléal par section du grêle en amont et en aval de la zone fistulisée, rétablissement de la continuité iléale par anastomose, et enfin colostomie transverse. L'anse grêle malade laissée en place, fermée à ses deux extrémités se drainait par le seul orifice fistuleux, mais son contenu était réduit à sa seule sécrétion muqueuse, ce qui supprimait la possibilité de diarrhée profuse.

On se retrouvait ainsi en présence d'une obstruction du gros intestin avec grêle d'amont libre et l'on pouvait effectivement espérer amener un rétablissement de l'état général par suppression du court-circuit iléo-colique préjudiciable à l'absorption normale. Ce fut un échec dans cette observation puisque le malade ne survécut pas à l'intervention, néanmoins ce geste semble réaliser la seule opération palliative logique en présence de telles lésions.

EXERESE :

La possibilité palliative étant limitée, le traitement chirurgical est avant tout représenté par un geste d'exérèse.

En ce qui concerne les localisations droites, l'existence de la fistule ne change en rien le problème thérapeutique. L'intervention réalise une hémicolectomie droite classique avec iléo-transversostomie rétablissant le transit intestinal. La fistule a été dans ces observations une découverte post-opératoire faite à l'examen macroscopique de la pièce.

Elle ne paraît pas avoir une valeur pronostique péjorative puisque dans notre observation personnelle n° 1 le malade est en excellent état 3 ans et demi après son intervention.

Dans les localisations sigmoïdiennes les plus fréquentes, la complexité des lésions rend l'exérèse assez délicate. Elle a été menée en bloc dans toutes les observations que nous rapportons. Le grêle est sectionné en amont et en aval de la zone adhérentielle, et on réalise ensuite l'exérèse en masse de la tumeur colique et du segment iléal envahi, emportant un coin mésentérique et une portion de mésosigmoïde étendus. Parfois le chirurgien est amené à élargir cette exérèse, la pièce opératoire pouvant alors contenir les annexes ou une partie de la calotte vésicale.

Cette exérèse est menée le plus souvent dans un milieu hyperseptique, pouvant comporter l'ouverture d'abcès intra-mésocoliques ; elle nécessite donc des précautions spéciales assurant la protection de la grande cavité par des compresses judicieusement placées en début d'intervention. L'exérèse accomplie, le problème de rétablissement de la continuité intestinale se pose, et concerne à la fois le grêle et le gros intestin. Pour le premier la continuité par anastomose iléo-iléale a été presque toujours établie ; La modalité d'anastomose variant avec chaque chirurgien et présentant peu d'intérêt.

Dans une observation, la continuité fut rétablie par anastomose termino-latérale de l'iléon d'amont dans le côlon ascendant, excluant ainsi la fin de l'iléon et les portions

initiales du côlon droit. Le résultat en fut satisfaisant, c'est une solution qui peut être utile lorsque les conditions anatomiques le font apparaître plus facile qu'une iléo-iléostomie, mais le plus souvent le rétablissement de la continuité du grêle est réalisable.

Le rétablissement de la continuité colique est plus difficile. Il doit se faire en effet sur un intestin mal préparé car le bout supérieur est altéré par la stase, oedématié, remplie de matières solides et hyperseptiques, et le bout inférieur est inflammatoire du fait du contact avec le contenu iléal. De plus le milieu infecté est peu propice à une anastomose colique. Le rétablissement immédiat n'est donc possible que dans un petit nombre de cas et réclame des conditions favorables : absence de suppuration, absence de distension et d'encombrement du bout supérieur, excrète menée facilement dans un délai court. Il fut réalisé dans 4 seulement de nos observations (n° 8, 9, 12, 13).

Les modalités techniques varient selon les conditions locales et surtout suivant le siège de la tumeur ; parfois les 2 segments d'amont et d'aval sont suffisamment mobiles pour être anastomosés directement, parfois une mobilisation de côlon descendant est nécessaire.

Le plus souvent les conditions locales et générales sont trop défavorables pour envisager une reconstitution immédiate de la continuité colique. La solution la plus sage consiste alors à fermer le bout colique inférieur abandonné dans le pelvis, et à constituer avec le bout supérieur une colostomie terminale, c'est l'intervention de HARTMAN qui trouve ici une de ses indications restantes. Elle met à l'abri du risque de fistule et d'abcès pelvien résiduel. Elle fut réalisée dans 5 de nos observations. Le pelvis est libre de réensemencement septique par les matières et la cicatrisation est obtenue assez rapidement même en cas de lésions suppurées importantes. Il est alors parfois possible d'envisager un rétablissement secondaire de la continuité colique, soit par mobilisation des 2 bouts coliques, soit par iléo-coloplastie.

Nous avons pu la réaliser dans 2 de nos observations personnelles

RESULTATS

Ils sont assez satisfaisants lorsqu'on tient compte de l'importance des lésions constatées opératoirement.

En effet, dans 4 observations, les malades furent revus sans récidives 3 ans 1/2, 5 ans, 3 ans 1/2, 2 ans 1/2 après l'intervention.

Dans une de nos observations une récidive sous forme de métastase hépatique se produisit 4 ans 1/2 après la résection, délai pendant lequel la malade mena une vie active normale.

5 observations, dont 2 trop récentes, ne permettent pas de juger des résultats éloignés.

A l'opposé, un malade mourut rapidement, après une opération palliative, 2 présentèrent des récidives 4 mois après l'intervention d'exérèse.

Ces résultats sont relativement satisfaisants et justifient le geste chirurgical d'exérèse même au prix d'une opération difficile.

CONCLUSIONS

Nous présentons 15 observations dont 6 personnelles de cancers coliques compliqués de fistules iléo-coliques.

1) - Anatomiquement il s'agit toujours de lésions complexes, avec scléro-lipomatose, adénopathies, cavités abcédées. C'est la dissection de la pièce opératoire qui met en évidence la fistule dont la taille est variable. D'autres organes peuvent être intéressés par la masse néoplasique.

2) - Cliniquement il semble que l'apparition d'une diarrhée abondante faisant suite à une période de constipation progressive, et à une phase d'altération rapide de l'état général avec fonte musculaire massive doit faire évoquer cette complication ; l'existence d'une température à grandes oscillations est souvent retrouvée. L'examen permet de trouver toujours une tumeur palpable.

3) - La communication iléo-colique peut être objectivée radiologiquement par le lavement baryté ou transit du grêle, mais elle peut facilement passer inaperçue si elle est de petite taille.

4) - Ces lésions complexes ne sont pas en-dessus des ressources du traitement chirurgical. En effet il n'y a pas de possibilités d'opération palliative efficace. La chirurgie doit être une chirurgie d'exérèse large, résequant iléon et gros intestin. Le rétablissement de la continuité du grêle doit être pratiqué d'emblée. Celui de la continuité du côlon peut être également pratiqué immédiatement si les conditions locales et générales s'y prêtent, mais souvent une colostomie terminale apparaît la solution la plus sage, laissant d'ailleurs la possibilité d'un rétablissement secondaire.

5) - Les résultats éloignés sont encourageants puisque plusieurs malades ont eu de survie supérieure à 3 ans.

Le Président de la Thèse :

P. BERTRAND

VU et Permis d'Imprimer
LYON, le 9 Octobre 1964

Le Recteur, Président du Conseil
de l'Université P. LOUIS

VU, le Doyen :

J. F. CIER

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BARRAYA (L.) & TARDY (J.) : Les sutures termino-terminales et termino-latérales en chirurgie colique : Mém. Acad. chir. 6 juillet 1949, 75, 615-621.
- 2 - BERTRAND (P.) & CREYSSEL (J.) : Cancer du gros intestin : Traité de thérapeutique chirurgicale 1952, 2, 2802-2832.
- 3 - BLANK (W.A.) & STEINBERG (A.H.) : Cytologic diagnosis of malignancies of the lower bowel and rectum : Ann. Surg. 1951, 81, 127-131.
- 4 - BURGEN, COPELAND, RANKIN : Tuberculose simulant le cancer : Ann. Surg. janvier 1930, 91, 79-84.
- 5 - CARCASSOME (F.) & ROUX (M.) : Cancers du côlon : Ed. Masson 1952.
- 6 - COLSON (P.) : Cancer du caecum avec fistule iléo-caecale spontanée : LYON chirurgical 1950, 754-755.
- 7 - COURTY : Les adhérences colo-viscérales dans les cancers du côlon : J. Soc. Méd. de LILLE, 1939, 28, 37-40.
- 8 - CRAMER : Diagnostic du cancer du gros intestin : Münch. Med. Woch, Juin 1902, 993.
- 9 - D'ALLAINES (F.) : Fistulisation du cancer du côlon dans l'intestin grêle : Arch. des mal. de l'app. dig. 1940, 1060-1069.
- 10 - DUCUING (J.) & GRIMOND (M.) : Exérèses viscérales complexes dans les cancers digestifs avancés : Arch. Mal. App. Dig., Février 1951, 40, 2, 210.
- 11 - DUGAL (J.P.) : Colite ulcéreuse chronique et cancer : Arch. of inter. med., Août 1949, 84, 2, 293-304.
- 12 - FRANCILLON (J.) & CHASSARD (J.L.) : Cancer du côlon droit : Ency. méd. Chir., 9068 A 10, 1-10.

- 13 - GRAFF (V.) : Importance du système lymphatique pour l'extension, le traitement et le pronostic du cancer du gros intestin : Beitr. Z. Klin, 1949, 178, 2, 161-198.
- 14 - GREGOIRE : Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen : Baillière Ed. Paris, 1926, vol. 3.
- 15 - HANSMAN : Cancers du côlon avec fistules iléo-coliques : Thèse de Paris 1882-83.
- 16 - HARTMANN : Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale du côlon pelvien : 30ème congrès français de chirurgie, Strasbourg 1921.
- 17 - KEMPE (G.) : Case of ileo-colic anastomosis : Brit. M.J. London 1901, 1, 706.
- 18 - LACROSASZ : Cancers du côlon avec fistules iléo-coliques : Thèse de Lyon 1898-99.
- 19 - LAHEY (F.H.) : Neoplasms of the caecum and ascending colon : Am. J. Surg. 1939, 46, 3.
- 20 - LEDOUX-LEBARD (R.) : Manuel de radiodiagnostic clinique : Masson éd. Paris 1933, 6.
- 21 - LEVRAT (M.), PASQUIER (J.), LAMBERT (R.) : Entérites et entéropathies : Ency. Méd. Chirur. 9057 G. 10, 6-11.
- 22 - MARTIN (F.R.R.) : Carcinoma of ileo-caecal with formation of spontaneous fistula : Brith. J. Surg. 34 : 324 Jan. 47.
- 23 - Mass. Gén. Hosp. : Adenocarcinoma of sigmoid, ileo-colic fistula : New engl. J. Med. 233 : 627-630 Nov. 22 1945.
- 24 - MEIGS (J.V.) & SMITH (M.F.) : The cytologic diagnosis of cancer : 1 vol., Saunders éd. Londres 1950.
- 25 - MENEGAUX (G.) : Les fistules intestinales : Path. Chir. 1958, 2, 934-938.
- 26 - MEIZQUER : Etude sur les formes hémorragiques du cancer du gros intestin : Thèse de Lyon 1937.
- 27 - MICHOTÉY (G.) : Fistule sigmoïdo-iléale d'origine cancéreuse : Marseille Chirurgical 20/3/1961.

- 28 - MORTON (J. J.) : Diverticulite et cancer du sigmoïde : Surg. nov. 1952, 32, 5, 765.
- 29 - MOUCHET (A.) : Sigmoidites : Ency. Méd. Chir. 9075 A 10, 1-10.
- 30 - OKINCZYC : Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris 19/2/1930, 56, 256-261.
- 31 - PAPIN (F.) : Quelques cas de faux cancers coliques gauches : Arch. Mal. app. dig. 1951, 40, 4, 470.
- 32 - PEYCELON (P.) & REPLUMAZ (P.) : Cancers du côlon droit fistulisés dans l'intestin grêle : Lyon Chirur. 1958, 2, 934-938.
- 33 - RACHET (J.), BUSSON (A.) & MORIN (G.) : Le diagnostic radiologique du cancer du côlon : Arch. Mal. App. Dig. Février 1951, 40, 2, 137.
- 34 - RENE (L.) : Cancers du côlon gauche : Ency. Méd. Chir. 9077 A 10, 1-14.
- 35 - RICARRDO SEGRE : Carcinoma dell'intestino con fistolizzazione ileo-colica : Osp. Maggiore 20, 161-167, March. 1932.
- 36 - RUDLER (J. C.) & CHABROL (J.) : Tumeurs de l'intestin grêle : Ency. Méd. Chir. 9043 E 10, 2-4.
- 37 - SANTY (P.) : Rétablissement de la continuité sigmoïdo-rectale après opération de Hartmann : Lyon Chir. 1941-1942, 37, 93-95.
- 38 - SAUBIER (E.) : Traitement chirurgical du cancer du côlon gauche : Thèse de Lyon 1948.
- 39 - SAVY (P.) & DELORE (E.) : Les entérorragies au cours du cancer du côlon : J. de Méd. de Lyon, Juillet 1927, 181, 347-353.
- 40 - SIMON : Fistule faisant communiquer rectum, S. iliaque, vessie, grêle : Path. Soc. of London 1948, 1, 264.
- 41 - SOREL : Cancer du côlon transverse avec anastomose spontanée iléo-colique : Echo Méd. Toulouse 1901, 22-24.
- 42 - SOUSTELLE (J.) : Etude anatomo-clinique et thérapeutique des sigmoidites : Thèse de Lyon 1937.

- 43 - STRELINGER (A.) : Fistula iléo-colic due to cancer of descending colon : Amer. J. of Dig. dis. New-York, 14, 371-373, Nov. 47.
- 44 - STURM (F.) : Cancer du côlon ayant pénétré dans deux anses intestinales : Zbl. Chir. 1951, 24 A, 1794-1796.
- 45 - VINCI (V.J.) : Fistula ileo-colic spontaneous complication of carcinoma : Ann. Surg. 126 : 246-250, Aug. 1947.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos et historique	10
Observations.....	12
Anatomie pathologique	42
Signes cliniques et radiologiques.....	45
Diagnostic positif et différentiel	49
Traitement chirurgical.....	52
Résultats.....	55
Conclusions.....	56
Bibliographie	57

